Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 3–4 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70 — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 42. 18. October 1898

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

45. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Erlangen.

Atypische Pneumonie in Folge Mischinfection bei acuter hallucinatorischer Verwirrtheit.

Von Dr. *Werner Rosenthal*, Assistent am Institut.

Der folgende Fall, bei dem ich den Sectionsbefund erhoben habe, scheint mir sowohl in klinischer als anatomischer Hinsicht der Mittheilung werth. Ich bin der Direction der Kreisirrenanstalt zu Erlangen sehr zum Dank verpflichtet, dass sie mir die betreffende Krankengeschichte zur Verfügung stellte und die Veröffentlichung gestattete.

Die Bäuerin R. suchte am 7. Februar einen Arzt auf, der eine acute Bronchitis constatirte. Es fiel demselben ihre Theilnahmslosigkeit und ein eigenthümlich starrer Gesichtsausdruck auf. An demselben Tage wird sie plötzlich sehr erregt, springt aus dem Bett und wird gegen ihre Umgebung aggressiv. Am andern Morgen ist sie ruhiger, erzählt von Gesichts- und Gehörshallucinationen, die sie in Angst versetzt hätten. Am Nachmittag wiederholt sich der Aufregungszustand und hält nun sich steigernd an, so dass Patientin auf Gutachten des behandelnden Arztes am 10. Februar in die Kreisirrenanstalt verbracht wird.

Hier ergibt die Untersuchung der inneren Organe nichts Besonderes. Patientin ist in motorischer Erregung, dabei benommen, verwirrt und desorientirt. Dieser Erregungszustand, bei dem sie sichtlich von Hallucinationen occupirt ist, hält die ersten Tage an. Sie macht mit dem Essen Schwierigkeit und wird ihres schlechten Ernährungszustandes wegen vom 13. ab mit der Sonde gefüttert. Seit 14. ist sie schwächer, liegt ruhig zu Bett, ist benommen und verwirrt, isst absolut nichts. 15. Abends leichtes Fieber (38,0°) über der r. Lunge Rasselgeräusche, pleuritisches Reiben, verkürzter Schall.

16. II. Morgens Temp. 38,9°. Patientin ist benommen, verweigert jede Nahrungsaufnahme. Exitus letalis 5 Uhr Nachm.

Die Section am 17. II. Vormittags ergibt folgende Leichendiagnose:

Lobärpneumonie im rechten Mittel- und Unterlappen. Pneumonische Herde im rechten Ober- und linken Unterlappen. Oedem der noch lufthaltenden Lungenpartien. Fibrinöse Pleuritis beiderseits. Katarrhalische Bronchitis.

Leichte verrucöse Endocarditis der Valv. mitralis. Leichte Verfettung des Herzmuskels.

Struma colloides cystica.

Acute haemorrhagische Pachymeningitis. Leichte acute eitrige Leptomeningitis. Hyperaemie der Grosshirnsubstanz.

Leichte Granularatrophie der Nieren. Leichte acute parenchymatöse Nephritis mit Verfettung.

Leichte Hyperaemie des Pankreas, Magens und Dünndarms. Leichte Schwellung der retroperitonealen Lymphknoten.

Kleines Myom der Cervix uteri. Ascariden.

Aussergewöhnlich war der Befund an der Lunge. Die wichtigsten Stellen des Protokolls lauten folgendermaassen:

Linker Oberlappen und vordere Partien des l. Unterlappens mässig voluminös, flaumig, knisternd, weich. Pleura spiegelnd, glatt. Schnittfläche schwarzroth, entleert viel schaumige, mit Blut untermischte Flüssigkeit.

Hintere Partien des l. Unterlappens ungleichmässig derb infiltrirt, Pleura trüb, Schnittfläche grauroth, etwas körnig, schaumige Flüssigkeit entleerend.

Vordere Partien des rechten Oberlappens ungleichmässig derb infiltrirt, knisternd, abhängige ebenso wie Mittel- und Unterlappen aufgetrieben, fest infiltrirt, luftleer, Pleura an diesen Partien und Lappen trüb, rauh mit fest haftender Fibrinmembran bedeckt. Schnittfläche an den vorderen Theilen des Oberlappens glatt, blaugrau, reichlich schaumige, nur mit wenig Blut gemischte Flüssigkeit entleerend. An den abhängigen Theilen glatt, grauroth, sehr feucht, luftarm, nicht luftleer. Dieselbe am rechten Mittellappen glatt, blaugrauroth, entleert eiterähnliche, röthlichgraue Flüssigkeit; im Wasser sinken Stückchen langsam. Am Rand blasse, lufthaltige Läppchen. Rechter Unterlappen fast in ganzer Ausdehnung infiltrirt, Parenchym luftleer, weich, nicht brüchig, Schnittfläche glatt, schmutziggrau, stellenweise röthlich (abhängige Theile dunkelgrauroth), entleert reichlich trübe, blutige, s c h l e i m i g e Flüssigkeit.

Kehlkopf und Trachea enthalten trüb graurothe, schaumige Flüssigkeit, ebensolche mit nur wenig Luft untermischt der linke Hauptbronchus. Kehlkopfschleimhaut blass, glatt, die der Trachea nach unten zunehmend injicirt. Bronchien der rechten Lunge überall ausgefüllt mit kaum lufthaltiger trüb rothbrauner Flüssigkeit. Aehnlich die der linken Lunge mit dünnerer, schaumiger Flüssigkeit. Schleimhaut stark injicirt.

Da dieser Befund ein ganz eigenthümliches Bild einer lobären Pneumonie gab, so wurde nach Verbringen der Lungen in das pathologische Institut zunächst ein Abstreifpräparat von dem schleimig-eitrigen Exsudat und ein Ausstrich auf einer Agarplatte angelegt und dann von verschiedenen infiltrirten Partien in 10 proc. Formollösung eingelegt. Von diesem Material wurden zunächst mit dem Gefriermikrotom Schnitte gemacht und nach Färbung mit Haematoxylin und Sudan III in Glycerin untersucht, nach einem Verfahren, wie ich es zum Nachweis von Fett anwende. Der Rest wurde in Alkohol weiter gehärtet und in Paraffin geschnitten.

Mikroskopisch findet man im rechten Unterlappen die Alveolarräume von normaler Weite und mit einer durchscheinenden Masse gefüllt. Dieselbe zeigt keine charakteristische Farbreaction, färbt sich nicht mit Haematoxylin oder Mucicarmin, besser mit Säurefuchsin oder wasserlöslichem Eosin. Sie erscheint in den Paraffinschnitten etwas körnig, in den Gefriermikrotomschnitten ungefärbt, aber durchaus homogen. In ihr fallen viele helle Stellen auf von wechselnder Grösse, bei scharfer Einstellung rund und scharf begrenzt, die nichts Anderes sein können als kleine Vacuolen, vermuthlich Luftbläschen. Denn ebenso, nur mit deutlicherem, absolut scharfem kreisförmigem Rand heben sich von dieser Masse grössere leere Räume ab, die häufig in Infundibulis liegen und nur Luftblasen sein können. In solche kleine Vacuolen eingebettet erscheinen auch in den Paraffinschnitten die Eiterkörperchen, die sich fleckweise in grösserer Zahl in dem Exsudat finden. Ebenso unregelmässig vertheilt findet man nach Weigert färbbare Fibrinnetze, die hauptsächlich nur den Alveolarwandungen anliegen und mit Vorliebe in der Nachbarschaft von Gefäss- und Bronchialstämmen sich finden. An ganz vereinzelten Punkten scheint sich eitrige Einschmelzung des Gewebes vorzubereiten. Um die Bronchiolen, die ihr Epithel verloren haben und von eitrigem Exsudat erfüllt sind, findet sich stärkere eitrig-fibrinöse Entzündung. Die Alveolarwände sind nur wenig bluthaltig und mässig von Eiterkörperchen infiltrirt, die Alveolarepithelien zum Theil noch an Ort und Stelle, zum Theil einzeln im Exsudat verstreut.

Schon in den mit Haematoxylin gefärbten Gefriermikrotomschnitten fallen Kurzstäbchen auf, die reichlich in dem hyalinen

Exsudat liegen und zwar fast immer den Wänden der Vacuolen anhaften, so dass man zunächst getäuscht wird und glaubt, eine oder, bei den grösseren Vacuolen, viele Bacillen lägen in einer sehr grossen Kapsel. An den Paraffinschnitten finden sich neben diesen, nach Gram nicht färbbaren, und mit kleinen Kapseln versehenen Bacillen auch nach Gram gefärbte, mässig lange Streptococcenketten ohne Kapsel. In manchen Alveolen fehlen sie ganz, in einzelnen sind sie ausserordentlich reichlich, häufig liegen sie mehr an oder in der Alveolenwand als im Lumen. Die Lymphräume, welche die Bronchien begleiten, sind an vielen Stellen mit Vegetationen solcher Coccen angefüllt. Zuweilen sieht man in der Nähe von dichteren Streptococcenanhäufungen Fibrinausscheidungen in das Gewebe oder in benachbarten Gefässen. Daneben findet man in den Alveolen auch nach Gram gefärbte Diplococcen, die ihrer Gestalt nach, und da sie Kapseln erkennen lassen, für Fränkel'sche Pneumococcen zu halten sind.

In Schnitten von den lobulär-pneumonischen Partien ist das Bild viel bunter. Einzelne Alveolen sind hauptsächlich mit Epithelien oder nur mit dem körnigen Detritus gefüllt, als der sich Oedemflüssigkeit nach der Härtung darstellt. Dazwischen sind Partien von normalen lufthaltigen Alveolen und solche mit Eiterkörperchen gefüllt und einzelne mit Fibrinnetzen. Die Ausfüllung fast nur mit hyaliner Substanz ist selten, diese aber zwischen den Eiterkörperchen deutlich zu erkennen. Die Alveolarwände sind blutreicher, aber weniger mit Eiterkörperchen infiltrirt als in dem rechten Unterlappen. Die Bacterien sind hier ebenso vorhanden, wie in den ganz infiltrirten Partien.

Mit diesen Bildern stimmt der bacterioskopische Befund des Lungensaftes und die Cultur auf Agarplatten. Hier entwickelten sich im Brütofen sehr üppige Colonien und ganz zarte aus Coccen bestehende. Bei letzteren liess sich eine Differentialdiagnose zwischen Streptococcus pyogenes und Diplococcus pneumoniae nicht stellen, da diese Kolonien in Folge Ueberwuchern der andern nicht rein abzuimpfen waren. Einer dieser beiden ähnlichen Arten, die neuerdings Lubarsch[1]) nur als Rassen unterscheiden will, gehörten sie jedenfalls an. Die üppigen Kolonien erwiesen sich als typische, für Mäuse besonders (auch schon nach subcutaner Verimpfung) virulente Friedländer'sche Pneumoniebacillen.

Es handelt sich also um eine nicht fibrinöse Pneumonie, beruhend auf einer Mischinfection mit Friedländer'schen Bacillen und Streptococcen, zu denen sich wahrscheinlich auch Pneumococcen als dritte im Bunde gesellt hatten.

Aus dem Befund der Schädelhöhle sind folgende Punkte hervorzuheben: an der Convexität, besonders auf der linken Seite, ist die Durainnenfläche mit ganz zartem, stellenweise blutigem Fibrinhäutchen bedeckt, doch ohne irgend neugebildete Gefässe. Die weichen Häute sind getrübt und mässig injicirt, durch trübe Flüssigkeit vom Gehirn abgehoben, nur am Scheitel selbst, an den Pachioni'schen Granulationen ist deutlich eitrige Infiltration bemerkbar. Die Grosshirnrinde ist etwas röthlich gefärbt. An der Basis dagegen finden sich nur kleine Extravasate auf der Dura und zwar nur in der vorderen und mittleren Schädelgrube, die weichen Häute sind stark hellroth gefärbt und ein wenig injicirt.

Mikroskopisch findet sich in den weichen Häuten der Convexität eitrige Infiltration und eine Reincultur von denselben Streptococcen wie in den Lymphgefässen der Lunge. Diese wuchern auch in den pialen perivasculären Lymphräumen der Hirnrinde und einzelne Kettchen dringen in die Hirnsubstanz ein. Eine bacteriologische Untersuchung wurde unterlassen.

Wir haben also hier bei einem Falle acuter Geisteskrankheit, eine durch Bacterien hervorgerufene Meningitis, die ihren Hauptsitz an der Grosshirnrinde, also dem Ort der psychischen Functionen hat und sich anscheinend erst kurz vor dem Tode weiter ausgebreitet hat. Dementsprechend sind bis 48 Stunden vor dem Tode gar keine Symptome einer acuten Meningitis zur Beobachtung gekommen.

Mir scheint hier die Vermuthung nicht ganz unberechtigt, dass hier die Entzündung und bacterielle Erkrankung der Hirnhäute direct einen Einfluss auf die benachbarte Hirnrinde geübt habe und das wäre besonders bemerkenswerth, weil ich keinen ähnlichen Fall mit rein psychischen Störungen bei Meningitis in der Literatur verzeichnet fand.[2]) Die herrschende Anschauung ist, dass die Psychosen und auch ein grosser Theil der nervösen Störungen, die im Verlauf acuter Infectionskrankheiten auftreten, auf einer Intoxication des Centralnervensystems mit Bacterienproducten beruhen, welche an ganz entferntem Ort im Körper gebildet sein können. Diese Anschauung ist dadurch wohl begründet, dass häufig die Section einen ganz negativen Befund am Centralnervensystem ergibt.[3]) Dies schliesst aber nicht die Möglichkeit aus, dass in andern Fällen die Psychose das Symptom einer localen Hirninfection sei.

Hier könnte also, mit Rücksicht auf die Zeitfolge der Erkrankungen der Verlauf folgender gewesen sein: Bronchitis und von dieser Pforte aus Allgemeininfection mit Streptococcen. Schleichender Verlauf der Septicaemie mit Hauptlocalisation der Erkrankung an der Grosshirnoberfläche: so ohne Fieber nur psychische Symptome. Endlich bei Erschöpfung der Kranken tödtliche Pneumonie durch Mischinfection auf Grund der schon bestehenden Bronchitis.

Freilich kann man auch, gerade weil diese Vereinigung so selten ist, ein nur zufälliges Zusammentreffen der Psychose und der Infectionskrankheit annehmen. Die Infection hat vielleicht den Anlass zum Ausbruch der schon latenten Psychose gegeben, und diese mit ihren Folgen den schlimmen Verlauf der Bronchitis befördert. Die Meningitis wäre dann als eine erst in den letzten Lebenstagen nach Auftreten der Psychose erfolgte Complication aufzufassen. Ja man könnte auch sie als die Folgeerkrankung auffassen, da Psychosen zu acuten Meningitiden disponiren sollen.

Ein wenig klarer liegt die Aetiologie der Lungenentzündung. Ueber Mischinfectionen bei Pneumonie finden sich rein bacteriologisch in der Literatur ziemlich zahlreiche Angaben. Uebersichtlich zusammengestellt sind diese von J. Honl 1895[4]) und mit specieller Berücksichtigung der Friedländerbacillen von Fricke[5]) und von Etienne[6]). Jedoch nur der Letzte geht ein wenig auf klinische und anatomische Eigenthümlichkeiten der durch Kapselbacillen hervorgerufenen Pneumonien ein. Er citirt Netter, der in verschiedenen Fällen bacteriologisch im Leben die Anwesenheit derselben nachgewiesen hat und fand, dass solche Fälle prognostisch sehr ungünstig lagen (9 Todesfälle von 10 Beobachtungen), obgleich das Fieber gewöhnlich nur mässig (39 °) war. Es habe sich dabei meist um Bronchopneumonien «sous la forme pseudolobaire» gehandelt, die physikalisch leicht zu diagnosticiren waren.

Mit den Eigenthümlichkeiten von Streptococcenpneumonien scheinen sich nur 2 Autoren beschäftigt zu haben, deren Arbeiten mir leider nicht zugänglich waren.

Finkler[7]) stellte neben der fibrinösen und der acuten Bronchopneumonie noch einen 3. Typus der acuten Pneumonie auf, die «zellige Pneumonie»; diese sei charakterisirt durch herdweises Auftreten, Neigung zum Fortkriechen und durch interstitielle Verbreitung des Processes und meist hervorgerufen durch Streptococcen. Harbitz[8]) bezeichnet seine Fälle, von denen 4 durch Streptococcen hervorgerufen waren, als atypische croupöse, hebt aber die Glätte der Schnittfläche als charakteristisch hervor. Das «landkartenähnliche» Aussehen grösserer infiltrirter Partien oder herdweise zerstreute Processe und Neigung zur Erweichung deuten auf die Verwandtschaft mit phlegmonösen und erysipelatösen Processen. Der Fiebertypus war unregelmässig pyaemisch.

Harbitz scheint also die von Finkler aufgestellten Eigenthümlichkeiten der Streptococcenpneumonie zu bestätigen und auch unser Fall fügt sich durch die interstitielle Verbreitung der

---

[1]) Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathol. Anat. 3. Jahrg. 1896, S. 160.

[2]) G. Marinesco: Comptes rendus d. l. soc. d. biologie 1897, p. 795/98 führt einen ähnlichen Befund von einem Pneumoniefall an, ohne aber über psychische Symptome zu berichten. Bei H. C. Wood: An explanation of acute delirium, American Journal of medic. sciences, April 1895, S. 361, finden sich vielleicht ähnliche Fälle angeführt, doch war mir diese Arbeit nicht zugänglich. (Ref. Medic. Jahresber. 30. Jahrg. 2. Bd. S. 83.)

[3]) Vgl. J. Seitz: Pilze und Pilzgifte in Hirn und Rückenmark, Virchow's Archiv. Bd. 150. S. 59–60 und die oben citirten Marinesco und Wood.

[4]) Ergebn. d allgem. pathol. Morphol. u. Physiol., herausgegeben von Lubarsch, 1895, S. 648–688.

[5]) Ueber den sogenannten Bacillus mucosus capsulatus. Zeitschr. f. Hygiene, 23. Bd., S. 380—449, 1896.

[6]) Le pneumobacille de Friedländer, son rôle en Pathologie. Arch. d. méd. expér., 7. Bd., S. 124–157, 1895.

[7]) Die acuten Lungenentzündungen als Infectionskrankheiten. Wiesbaden 1891, citirt nach Eulenburg's encyklopädischen Jahrbüchern, 24. Bd., S. 457.

[8]) Om atypiske crup. Pneumonieer, speciell om Streptococpneumonie. Festschrift für H. Heiberg, Christiania 1895, citirt nach Baumgarten's Jahresbericht, 11. Jahrg., 1895, S. 51 und nach Lubarsch, Ergebnisse 1896.

Streptococcen und das fibrinarme, stellenweise reineitrige Exsudat dieser Gruppe an. Zugleich kann er aber seiner Entwicklung und dem histologischen Befunde nach auch als Bronchopneumonie bezeichnet werden und erinnert durch den rasch tödtlichen Verlauf bei geringerem Fieber an die Beobachtungen Netter's. Die eigenthümliche Form der Lobärpneumonie des rechten Unterlappens scheint auf der gleichzeitigen Anwesenheit der Friedländerbacillen zu beruhen. Die Lagerung der Bacterien scheint zu beweisen, dass sich die Streptococcen auch innerhalb des Lungengewebes «interstitiell», die Pneumoniebacillen und Pneumococcen aber nur innerhalb der Alveolen verbreitet haben. Hierüber wie über die Natur des schleimigen Exsudates kann man nur Vermuthungen anstellen. Ich glaubte aber den Fall doch ausführlich mittheilen zu sollen als Material für eine künftige Classification der selteneren Pneumonieformen.

Aus der medicinischen Universitätsklinik zu Jena.

Ueber eine seltene Complication bei Masern (und Scharlach). Periostitis orbitae.*)

Von Dr. *Alexander Strubell*, I. Assistent der Klinik.

Die Complication, über die ich heute berichten möchte, scheint bei Masern in der That recht selten zu sein und ist um so mehr geeignet das Interesse des Arztes zu erregen, als sie im Beginn Symptome von höchst alarmirender Natur darbietet. Es sei mir gestattet, über diese Affection an der Hand eines an unserer Klinik beobachteten Falles kurz zu referiren:

Ein 16jähriger Kellnerjunge aus Jena wurde am 27 III. 1898 in die medicinische Klinik aufgenommen. Er machte ein leichte Masernerkrankung durch und am 13. Tage nach Beginn der Masernprodrome (Schnupfen, Husten, Conjunctivitis), am 10. Tage nach Auftreten des Exanthems, zu einer Zeit, wo Patient längst fieberfrei war und schuppte trat am 5. IV. 1898 plötzlich Temperatursteigerung bis 38,9° bei starker Obstipation auf. Das Fieber wurde zunächst bei Abwesenheit sonstiger Krankheitssymptome der Stuhlverhaltung zu Last gelegt und durch Ricinusöl per os und Oeleinlauf reichliche Entleerung erzwungen. Immerhin fiel an diesem Tage auf, dass die auf der Höhe der Krankheit kleine Milz percussorisch den Rippenbogen erreichte, und deutlich palpabel war. Während der nächsten 2 Tage stieg die Temperatur nicht über 38,0°. Am 3. Tage (8. IV.) erreichte dieselbe 39,1°. Patient bekam heftige Schmerzen im Kopfe und besonders im linken Auge, welches thränte, und welches er mit der Hand zuhielt, um das Licht abzuhalten.

Am 9. IV., also am 4. Tage nach Beginn des Fiebers war die Temperatur morgens 37,9°. Das Gesicht war besonders links stark geröthet, die Lider des linken Auges stark ödematös geschwellt und geröthet, so dass Patient das Auge nicht öffnen konnte. Zog man unter starken Schmerzen die Lider aus einander, so imponirte besonders im äussern unteren Quadranten eine mässig starke Chemosis der Conjunctiva. Die letztere war mässig injicirt, der Bulbus vorgetrieben. Es bestand geringe Ciliarinjection, die Cornea war glatt und spiegelnd; die Pupille reagirte leidlich auf Licht. Druck auf den Bulbus sowie auf die Ränder der Orbita war ausserordentlich schmerzhaft. Im Laufe des Nachmittags stieg die Temperatur auf 40,3°.

Den 10. IV. morgens war die Temperatur 39,3°. Die Schmerzhaftigkeit und Schwellung am linken Auge hatten beträchtlich zugenommen; die Lider waren blauroth verfärbt, intensiv geschwellt; Chemosis und Protrusio bulbi waren wesentlich stärker. Der Augenhintergrund war normal, ebenso ergab eine Ohrenspiegeluntersuchung normalen Befund. Am Warzenfortsatz war keine Spur von teigigem Oedem zu constatiren. Diese Befunde wurden von Seiten der Augen- und Ohrenpoliklinik controlirt und bestätigt. Die Temperatur stieg Abends bis 40,0°. Die Ordination bestand in warmen Borumschlägen auf das erkrankte Auge.

Während der nächsten 2 Tage stieg die Temperatur Abends bis 40° und die Schwellung nahm zunächst noch zu, jedoch schon am 12. IV. wurden die Schmerzen, der Exophthalmus, die Chemosis und das Lidoedem geringer. Druck auf den unteren Orbitalrand sowie auf den Bulbus war noch schmerzhaft, doch viel weniger als zu Beginn der Erkrankung.

Vom 13. bis 15. IV. ging die Temperatur nicht über 38,9°, während die Erscheinungen sich allmählich unter Anwendung warmer Umschläge zurückbildeten. Nachdem die Schwellung und die Schmerzen so vermindert waren, liess sich nun bei vorsichtigem Eingehen mit dem Finger zwischen Bulbus und unterer Orbitalwand eine vom Boden der Orbita ausgehende, offenbar dem Periost angehörende Geschwulst entdecken, welche vom Orbitalrande flach entsprang, in sagitaler Richtung nach hinten zog und im Verlauf nach hinten an Volum zunahm. Druck auf diesen Strang war mässig schmerzhaft. Die Beweglichkeit des Bulbus war dabei vollkommen frei, nur bei forcirtem Aufwärtsblicken fühle Patient ein leichtes Drücken an der Unterfläche des Bulbus. Vom 16. IV. ab war die Temperatur andauernd normal und bis zu der Entlassung des Patienten am 6 V. ging die periostitische Schwellung am Boden der Augenhöhle bis auf kleine Reste zurück. Am Auge, wie am übrigen Körper sonst nichts Abnormes.

Es war beim Beginn der sehr stürmischen Erscheinungen recht schwer zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. Das Nächstliegende war, an eine Thrombose des Sinus cavernosus, respective der Venen der Augenhöhle oder an eine retrobulbäre Phlegmone zu denken. In beiden Fällen wäre die Prognose sehr übel gewesen. Die Prognose der Thrombose des Sinus cavernosus gilt als fast absolut letal, und die retrobulbäre Phlegmone ist wegen der schweren Complicationen von Seiten des Auges sowie besonders wegen des eventuellen Uebergreifens auf die Meningen gefürchtet. Beide Affectionen kommen metastatisch bei Masern (auch bei Scharlach) vor.

Gegen Sinusthrombose sprach der Mangel von teigigem Oedem in der Regio mastoidea, obgleich dieses Symptom durchaus nicht immer aufzutreten braucht (z. B. wenn die betreffenden Venenverbindungen mit dem Schädelinnern durch Sklerose des Processus mastoideus verlegt sind).

Die Schmerzen und die Schwellungs- und Verdrängungssymptome am Auge konnten für Beides geltend gemacht werden. Eine mehr blaurothe Färbung der Lider und der Conjunctiva, die für Sinusthrombose gegenüber der mehr rothen bei Phlegmone sprechen soll, konnte auch nicht für erstere Diagnose verwendet werden, da auch bei der retrobulbären Phlegmone secundär Thrombosen der Augenvenen mit ähnlicher blaurother Verfärbung der Lider und consecutiver Thrombose des Sinus cavernosus vorkommen. — So musste die Diagnose bei ziemlich trüber Prognose vorläufig in suspenso bleiben. Immerhin musste man noch an eine Tenonitis, respective an eine Periostitis orbitae denken. Für letztere Annahme sprach besonders der Umstand, dass am unteren und äusseren Rand der Orbita Schwellung und Druckempfindlichkeit besonders stark waren, wie ja auch die Chemosis im äusseren unteren Quadranten auftrat und stets am stärksten war. Ferner last not least der absolut normale Augenspiegelbefund.

Nun, der überaus günstige Verlauf der Complication liess die Annahme einer Sinusthrombose unwahrscheinlich, wenn nicht ausgeschlossen erscheinen und ebenso die einer retrobulbären Phlegmone, welche überhaupt wohl nur dann günstig verläuft, wenn der Eiter spontan oder auf operativem Wege entfernt wird. Dagegen liess sich die bei Abnahme der entzündlichen Erscheinungen deutlich in den Vordergrund des Interesses tretende Geschwulst am Boden der Orbita mit immer grösserer Sicherheit für eine Periostitis der Orbita verwerthen. Dafür sprach auch, wie schon erwähnt, der normale Augenhintergrund und die völlige Intactheit des Sehvermögens. Heute, nachdem Alles vorüber ist, kann die Diagnose: Periostitis orbitae als absolut gesichert angesehen werden.

Es war mir von Werth, über diese Complication der Masern zu berichten, weil sie, wie oben erwähnt, sehr selten zu sein scheint: Ich habe dieselbe bisher nur an einer Stelle in Schmidt-Rimpler's Bearbeitung der Augenkrankheiten in Nothnagel's Handbuch gefunden. Selbst Eversbusch erwähnt in seiner ausgezeichneten Darstellung der bei Infectionskrankheiten auftretenden Augenerkrankungen im Penzoldt-Stintzing'schen Handbuch das Auftreten von Periostitis orbitae nach Masern nicht. Und doch kann ihre differentialdiagnostische Erkenntniss für den Kinderarzt von grösster Bedeutung sein.

Es gibt also eine Augenhöhlenperiostitis nach Masern, welche fieberhaft mit stürmischen Symptomen: Schwellung und Röthung der Lider, Chemosis, Protrusio bulbi verläuft, leicht zur Verwechslung mit schweren Affectionen (Thrombose des Sinus cavernosus etc.) führen und, wie dieser Fall zeigt, gutartig ohne Eiterung verlaufen kann. Ob das immer geschieht, das muss die Beobachtung weiterer Fälle lehren.

Wenn wir uns nun fragen, was wir uns unter dieser Affection vorzustellen haben, so möchte ich dieselbe für eine echte Metastase der Masern halten und möchte besonders darauf aufmerksam machen,

*) Nach einem Vortrage, gehalten in der Section für Heilkunde der medicinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft zu Jena.

dass hier mässiges Fieber dem Ausbruch der eigentlichen Erscheinungen voraufgegangen ist und erst am 4. Tage nach Beginn des Fiebers die alarmirenden Symptome seitens des Auges auftraten und gleichzeitig die Temperatur auf 40,3° emporschnellte. Ich möchte den Gedanken mit aller Vorsicht aussprechen, dass das Maserngift vielleicht hier in loco eine Reifung, ein Stadium invasionis vor dem Stadium eruptionis durchgemacht haben könnte, gerade so, wie bei der Allgemeininfection des Körpers.

Im Anschluss hieran möchte ich noch einen Fall mittheilen, den ich der Güte der Herren Prof. Wagenmann und Krehl verdanke. Es handelt sich um eine ganz ähnliche Augenaffection und zwar nach Ablauf eines Scharlach, der von Seiten der medicinischen und der Augenpoliklinik zu Jena beobachtet wurde.

Ein 8jähriges Kind trat am 28. III. 1897 in die Behandlung der Augenpoliklinik, nachdem es 6 Wochen vorher wegen Scharlach in die medicinische Klinik gekommen war. Seit 14 Tagen befand sich das Kind in der Reconvalescenz und war den Tag vorher zum ersten Male ausgegangen. 2 Tage vorher wurde leichtes Lidoedem am rechten Auge zuerst bemerkt; das Oedem nahm rapid zu. Im Urin waren Spuren von Eiweiss, keine Cylinder.

Status praesens am 28. II. 1898.

Starkes Lidoedem am rechten Auge, leichte blaurothe Verfärbung der Lider oben wie unten. Das äussere Auge ist frei: Die Lider ein wenig miteinander verklebt. Cornea und Conjunctiva intact. Die Pupille reagirt gut. Mässiger Exophthalmus vorhanden.

Das Auge ist etwas nach unten und aussen verdrängt, die Beweglichkeit ist allseitig wesentlich bedrängt, besonders beim Blick nach oben.

Druck auf dem Bulbus ist mässig schmerzhaft.

Die Venen des Augenhintergrundes sind ausgedehnt, die Papille etwas geröthet. Temperatur Morgens 39,3°, Abends 37,5°; Stärkere Coryza.

3. III. Der Urin enthält reichlich Eiweiss und granulirte Cylinder.

7. III. Die Veränderungen am Auge sind im Rückgange begriffen, es besteht noch etwas Exophthalmus und Beweglichkeitsbeschränkung, am meisten unten und aussen. Der Bulbus ist nicht mehr druckempfindlich.

12. III. Lidschwellung und Exophthalmus sind vollkommen zurückgegangen und Patient wurde aus der Behandlung entlassen. Die Beweglichkeit des Bulbus ist ganz frei, die Sehschärfe gut. —

Dieser Fall ist poliklinisch behandelt und in Folge dessen nicht so häufig untersucht worden, wie der andere, und die Diagnose steht hier auch nicht so fest wie dort, weil vor Allem die palpatorisch nachzuweisende Periostschwellung und die rein locale Schmerzempfindlichkeit beim Abklingen der Erscheinungen fehlt. Trotzdem gehen wir wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, dass hier ein ganz ähnlicher Process vorliegt. Dafür spricht erstens der günstige Ausgang und zweitens die Verdrängung des Bulbus nach vorn und seitwärts.

Aus der Heilanstalt für Lungenkranke zu Hohenhonnef a. Rh.

Zur Frage der Blutveränderungen im Gebirge.

Mittheilungen über die neue, vom Luftdruck unabhängige Zählkammer für Blutkörperchen.

Von Dr. med. *G. Schröder*, II. Arzt der Anstalt.

Die «Blutveränderungen im Gebirge» haben in den letzten Jahren zu mehrfachen Erörterungen Veranlassung gegeben. Zunächst blieb es bei mehr oder weniger theoretischen Discussionen darüber, ob es sich wirklich um eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobins mit steigender Höhe über dem Meeresspiegel handelt oder nicht. An mögliche Fehlerquellen in der Untersuchungsmethode dachte zuerst Gottstein. Er wies nach, dass der zur Zählung der rothen Blutzellen benutzte Thoma-Zeiss'sche Messapparat mit zunehmender Verminderung des auf ihm lastenden äusseren Luftdruckes eine stets wachsende Fehlerquelle enthielt. Das Volumen der Maasseinheit der Zählkammer wird nämlich grösser sobald der Luftdruck sinkt, und zwar durch eine stärkere Durchbiegung des die Kammer oben abschliessenden Deckglases nach aussen. Das Gegentheil tritt ein bei stärker und stärker belastendem Atmosphärendruck. Diese Zunahme der Volumenseinheit bedingt eine vermehrte Ansammlung der zu zählenden Erythrocyten im Netzwerk der Kammer. Ein durch die grosse Multiplication bei der Endrechnung um so beträchtlicherer Fehler wurde also bei den Blutuntersuchungen im Gebirge bis dahin nicht berücksichtigt.

Es ist allerdings richtig, dass die Abnahme des Luftdruckes nicht ohne Weiteres ausreicht zur Erklärung der Volumsänderung der Zählkammer. Die Differenz des Druckes ausserhalb und innerhalb der Kammer musste an jedem Orte gleichbleiben, da alle Präparate von vornherein unter dem jeweilig herrschenden Luftdrucke der Oertlichkeit angefertigt wurden. Die Versuche Gottstein's im pneumatischen Cabinet erwiesen trotzdem den Fehler des Messapparates.

Wir müssen mit ihm annehmen, «dass in der Kammer selbst die physikalischen Verhältnisse ihrer Kleinheit wegen so complicirt sind, dass von vornherein das Ergebniss gar nicht zu übersehen ist. Capillaradhaesionen zwischen Flüssigkeit und Glas, Oberflächenspannung an der Grenze von Luft und Flüssigkeit und schliesslich die Elasticität des Glases kommen in Betracht, die sich gegenseitig beeinflussen». Die Wärme gehört auch noch zu den physikalischen Kräften, die auf die Zählkammer wirken, da, wie Gottstein nachwies, dieselbe bei erhöhter Temperatur höhere Werthe angibt.

Es gab zwei Wege, den Fehler der Zählkammer zu ermitteln und damit den wahren Verhältnissen hinsichtlich der Blutbeschaffenheit von Menschen und Thieren im Gebirge auf die Spur zu kommen. Die Kammer konnte geaicht werden. Im pneumatischen Cabinet lässt sich der Fehler für jede Druckänderung feststellen. Mühsam und umständlich ist dieser Weg und man ist nicht sicher, dass ausser dem Luftdruck nicht noch andere klimatische Factoren des Gebirges den feinen Messapparat physikalisch beeinflussen. Die Aichung bliebe dann trotz aller Mühe ungenau. Eine vom äusseren Luftdrucke unabhängige Zählkammer zu construiren, ist der zweite einfachere Weg. Meissen und ich publicirten in No. 4, 1898 dieser Wochenschrift eine nach Meissen's Angabe entsprechend geänderte Zählkammer. Eine seitwärts am Rande der Kammer, da wo das Deckglas aufliegt, eingeschliffene seichte, ca. $^1/_2$ mm tiefe Furche liess auch bei aufgelegtem Deckglas jederzeit Luft von aussen in die Kammer eintreten. Der äussere Luftdruck konnte also in keiner Weise mehr das Innere derselben beeinflussen.

Unsere mit der neuen Kammer angestellten Versuche zeigten uns in der That, dass dieselbe durch eine Aenderung des Luftdruckes nicht beeinflusst wird.

Es wurden bei gesunden Männern Zählungen der rothen Blutzellen gleichzeitig mit der alten und der neuen Zählkammer bei verschiedenem Barometerstande (Schwankung zwischen 717 und 760 mm Hg) vorgenommen. Je niedriger der Luftdruck, desto grösser war der Unterschied zwischen den erhaltenen Werthen. Mittels der alten Zählkammer erhielten wir den auch früher gefundenen Mittelwerth in der Meereshöhe von 230 m (Lage von Hohenhonnef), mit der neuen dagegen die physiologische Grösse für die Ebene von 5 099 200 Zellen im Kubikmillimeter Blut.

Eine Nachprüfung musste uns sehr willkommen sein, da wir leider vorläufig nicht in der Lage waren, bei grösseren Luftdruckdifferenzen die Leistungen der beiden Messapparate zu vergleichen. Gottstein erbot sich, dieselbe zu übernehmen. Er ermächtigte mich, das Resultat seiner im pneumatischen Cabinet des jüdischen Krankenhauses zu Berlin zu dem Zwecke angestellten Versuche bekannt zu geben, deren Ergebnisse er uns schriftlich mitgetheilt hatte.

Die Präparate, die durchgezählt wurden, waren stets unter dem Drucke angefertigt, unter dem sie gezählt wurden. Von einer Blutmischung wurden zunächst Präparate in der alten und neuen Zählkammer bei 760 mm Hg Druck angefertigt. In ersterer erhielt man als Mittelzahl für 20 Quadrate 105,7 Zellen, in letzterer 105,6. Der Unterschied ist also unwesentlich. Von derselben Blutmischung, in der übrigens in Folge der mehrstündigen Dauer der Versuche und ungenügender Conservirung ein Theil der rothen Blutzellen zu Grunde gegangen war (es handelte sich um ein Gemisch von Blut, im Becherglase mit 2 proc. Kochsalzlösung verdünnt, welches sich nicht hielt), zählte Gottstein bei 450 mm Hg Druck Präparate beider Kammern. Gottstein's Mittelzahlen betrugen für die uncorrigirte Kammer 104 Zellen in 20 Quadraten, für die Schlitzkammer (berechnet aus den Zählungen von 4 Präparaten) 84—87 Zellen.

Bei Herabsetzung des Luftdrucks waren also die in der alten Zählkammer gefundenen Werthe höher, als in der modificirten.

Ein zweites Mal benutzte G. eine in dem bekannten Mischer hergestellte Mischung von Blut und physiologischer Kochsalzlösung im Verhältniss von 1 : 200. Bei 750 mm Hg Druck ergab die Schlitzkammer für je 20 Quadrate einen Mittelwerth von 121,6 (2 Präparate) die alte von 127,5. Bei 1050 mm Atmosphärendruck zählte Gottstein in der Schlitzkammer durchschnittlich 125 Zellen in 20 Quadraten, dagegen in dem gewöhnlichen Messapparat 107. Auf ein Kubikmillimeter Blut umgerechnet, würde die alte Kammer bei 1050 mm Druck anstatt 5 000 000 Zellen nur $4^1/_4$—4 Millionen ergeben, während die Schlitzkammer annähernd constant bleibende Werthe ermitteln liess.

Die mit beiden Kammern im pneumatischen Cabinet angestellten Versuche erwiesen also, dass die Schlitzkammer bei verschiedenem Drucke die Zählungsergebnisse nicht ändert, dagegen die gewöhnliche Zählkammer bei verdichteter Luft zu niedrige, bei verdünnter zu hohe Werthe vortäuscht.

Nach diesen Versuchen musste es interessiren, mit der corrigirten Zählkammer an Orten im Gebirge, aus denen von früheren Jahren her Publicationen über Blutveränderungen vorliegen, die Versuche zu wiederholen. Ich hatte Gelegenheit, vor Kurzem in Görbersdorf in 561 m Höhe, wo ich im Jahre 1894 selbst Zählungen mit der gewöhnlichen Kammer gemacht hatte, eine kleine Reihe von Nachprüfungen bei Gesunden mit der Schlitzkammer vorzunehmen [1]).

Es folgen tabellarisch geordnet die Resultate:

Tabelle 1. Gesunde Männer:

Name	Alter	Tag und Stunde der Untersuchung	mittlerer Barometerstand in mm-Hgdruck	Zahl der roth. Blutkörperch. im cbmm Blut	Aufenthaltszeit des Untersuchten in Görbersdorf
1. A. S.	29	2. VII. 98 11 Vorm.	715,5	5 492 000	$3^1/_2$ Monate
2. G. S.	28	4. VII. 98 $10^3/_4$ Vorm.	714	5 380 000	8 Tage
3. A. M.	29	3. VII. 98 $11^1/_2$ Vorm.	714	5 228 000	13 Monate
4. J. M.	51	4. VII. 98 $11^1/_2$ Vorm.	714	5 348 000	30 Jahre
5. C. S.	27	4. VII. 98 12 Vorm.	714	5 512 000	$2^1/_2$ Jahre
6. A. Sch.	48	6. VII. 98 11 Vorm.	720	5 112 000	24 Jahre
7. J. B.	25	7. VII. 98 $10^1/_2$ Vorm	718	5 596 000	$3^1/_2$ Monate
8. K. K.	26	7. VII. 98 11 Vorm.	718	5 516 000	$2^1/_2$ Jahre
Mittelzahlen			715,9	5 398 000	—

Sämmtliche untersuchte Personen waren kräftige, gesunde Männer. Die Präparate wurden mit peinlichster Sorgfalt angefertigt. Der Einschliff störte in keiner Weise.

Es wurden jedesmal 200 Quadrate der Kammer durchgezählt und daraus die Zahl der Erythrocyten pro Kubikmillimeter Blut berechnet.

Schon die im Kubikmillimeter Blut erhaltenen Zahlen zeigen, dass die neue Zählkammer gleichmässige, nicht zu stark schwankende Werthe gibt. Noch deutlicher wird diese Thatsache, wenn wir die grosse Multiplication bei der Ausrechnung fortlassen und nur die wirklich gezählten Zellen anführen.

Folgende kleine Tabelle illustrirt die Brauchbarkeit der Kammer am besten:

[1]) Herrn Prof. Kobert, Director von Dr. Brehmer's Heilanstalt, danke ich auch an dieser Stelle für die Ueberlassung des Anstaltslaboratoriums als Arbeitsstätte.

Tabelle 2.

Fall	Zahl der Zellen im Mittel in 20 Quadraten	Mittlere Zahl der Zellen in der Maasseinheit (1 Quadrat)
1.	137,3	6,86
2.	134,5	6,72
3.	130,7	6,53
4.	133,7	6,68
5.	137,8	6,89
6.	**127,8**	**6,39**
7.	**139,8**	**6,99**
8.	137,9	6,89
Grösste Differenz	12,0 Zellen	0,60 Zellen

Während also für 20 Quadrate die grösste Differenz unter den gezählten Zellen noch 12 beträgt, ist sie für die Maasseinheit des Messapparates nicht einmal 1 Zelle gewesen. Lassen wir die extremen Zahlen (Fall 6 und 7) bei Seite, so werden die Differenzen in den Zählungsergebnissen überhaupt minimal. Bessere Werthe erhält man mit der gewöhnlichen Kammer auch nicht. Der Schlitz macht also die Werthe nicht unsicher und sckwankend. Die Tabelle 2 sagt uns ferner, welche unbedeutenden Diffferenzen in den in der Maasseinheit des Messapparates gezählten Zellen genügen, um grosse Unterschiede in der Zahl der Erythrocyten pro Kubikmillimeter Blut zu erhalten.

Im Jahre 1894 hatte v. Jaruntowsky in Görbersdorf bei 10 gesunden Männern, die sich lange dort aufhielten, im Mittel 5 800 000 rothe Blutkörperchen pro Kubikmillimeter Blut gefunden. Ich fand ebendaselbst bei 5 gesunden männlichen Individuen nach 3 wöchentlichem Aufenthalt 5 728 000 Zellen. Im Mittel erhielten wir also eine Zahl von 5 764 000 Erythrocyten im Kubikmillimeter Blut bei gesunden Männern in einer Höhe von 561 m über dem Spiegel der Ostsee. Die neue Kammer ergab ein Minus von 366 000 Zellen.

Bei einem gesunden weiblichen Individuum, dessen Blut ich im Sommer 1894 untersuchte, hatte ich Gelegenheit, mit dem neuen Zählapparat eine Nachprüfung vorzunehmen. Damals fand ich nach 3 wöchentlichem Aufenthalt in Görbersdorf 5 448 000 Erythrocyten im Kubikmillimeter Blut, jetzt, nach 14 tägigem Verweilen am gleichen Orte nur 5 072 000 bei 717 mm Hg Atmosphärendruck im Tagesmittel. Die Differenz betrug also 376 000 Zellen; also annähernd dieselbe Zahl, die ich als Unterschied im Mittel bei gesunden Männern fand.

Diese Differenz müssen wir durch den Fehler, den die alte Thoma-Zeiss'sche Zählkammer durch die Einwirkung des Luftdrucks hat, erklären. Der Fehler deutet also nicht völlig die im Gebirge, d. h. vor der Hand in einer Meereshöhe von 561 m gefundene Aenderung der Erythrocytenzahl beim Menschen. Die Vermehrung wird kleiner, aber eine Vermehrung bleibt bestehen. Wir stimmen mit unseren Untersuchungsresultaten mit denen Gottstein's überein, der ebenfalls, wie er selbst hervorhebt, im pneumatischen Cabinet geringere Veränderungen durch die Einwirkung des Luftdrucks auf die Kammer erhielt, als die im Hochgebirge angestellten Zählungen ergeben hatten.

Wie sich diese übrig bleibende Vermehrung deuten lässt, darüber fehlen uns noch feststehende experimentelle Thatsachen. Der verminderte O-Partiardruck mit zunehmender Höhe kann als Erklärung in den in Frage kommenden Höhen nicht herangezogen werden, da nach den über die Physiologie des Blutes bekannten Thatsachen ein compensatorischer Ausgleich eines O-Mangels nicht nothwendig ist. Es müssen andere Factoren des Gebirgsklimas verantwortlich gemacht werden.

A. Loewy, J. Loewy und Zuntz stellten durch ihre Vergleichsuntersuchungen im pneumatischen Cabinet und im Gebirge über den Respirationsact, den respiratorischen Stoffumsatz und die Muskelarbeit fest, dass das Höhenklima und verdünnte Luft durchaus nicht gleichzusetzen sind. Ihre Resultate scheinen auch eine grössere Anregung des Stoffwechsels im Gebirge zu beweisen. Möge das letztere, oder die vermehrte Kälteeinwirkung, die stärkere Bestrahlung, vielleicht auch eine grössere Wasserverdunstung und dadurch bedingte Eindickung des Serums zur Erklärung herangezogen werden, für uns kommen alle diese Punkte heute nicht in Betracht. Wir wollten mit den obigen Ausführungen nochmals darauf hinweisen, wie nothwendig es ist, den Fehler des Messapparates bei der Lösung der Frage «über die Blutveränderungen im Gebirge» zu berücksichtigen. Wir hielten uns verflichtet, diese neue Anregung an der Hand weiterer Untersuchungen zu geben, weil nach unserer ersten Publication und den Gottstein'schen erschienene Arbeiten über den gleichen Gegenstand den Fehler der Zählkammer entweder gar nicht beachteten (cf. Jaquet und Suter: Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 4, 1898) oder sich mit einer kurzen Notiz über gewonnene Kenntniss von seiner Existenz über ihn hinwegsetzten (cf. Schlosser: 2 Fälle von Pneumothorax, Jahresbericht der allg. Poliklinik in Basel).

Früher, als im Gebirge ein solch' gewaltiger Anwachs von Erythrocyten festgestellt war, reihte sich Arbeit an Arbeit aus den verschiedensten Stationen, um die neue Thatsache zu verkünden; jetzt, wo man eventuell gezwungen ist, die schönen Zahlen zu Gunsten eines einfachen mechanischen Fehlers des Zählinstrumentes zu verkleinern, schweigen die Untersucher. Dieses Schweigen zu lösen, sollte mit der Zweck unserer Zeilen sein.

Anmerkung: Im 35. Bande der Zeitschrift für klinische Medicin veröffentlichten kürzlich Schaumann und Rosenquist neuerdings eine grössere Arbeit «über die Natur der Blutveränderungen im Höhenklima». Am Schlusse derselben sehen sie den von Gottstein nachgewiesenen Fehler der alten Zählkammer desshalb für unwahrscheinlich an, weil die genaue physikalische Erklärung für die Volumsänderung der Kammer beim verminderten Drucke ausstehe. Die Schlitzkammer habe daher vorläufig gar keinen Sinn. In ebenso bequemer wie nachlässiger Art haben sich die beiden Autoren über diese Frage hinweggeholfen. Sie haben es gar nicht nöthig, «weitere einwandsfreie Untersuchungen über den fraglichen Fehler der alten Zählkammer abzuwarten». Dieselben liegen ja bereits vor, und sie wussten von ihren Resultaten. Gottstein's Versuche im pneumatischen Cabinet beweisen den Fehler der alten Kammer. An dieser Thatsache können die Helsingforser Autoren erst dann rütteln, wenn sie bei gleicher Versuchsanordnung das Gegentheil festgestellt haben. Es ist durchaus nicht nothwendig, dass sofort für feststehende Versuchsresultate eine ebenso einwandsfreie Erklärung vorliegt. Die letztere kann sehr viel später gefunden werden, ohne dass desshalb die ersteren nicht giltig wären. Mit alleiniger Berücksichtigung des von Gottstein thatsächlich ermittelten Fehlers der alten Zählkammer wurde die Schlitzkammer ersonnen. Ihren Werth stellten die Zählungen Gottstein's, die ich oben mittheilte, und die von mir in Hohenhonnef gemachten Untersuchungen fest. Auch diese Versuche müssen erst widerlegt werden, wenn Schaumann und Rosenquist «das Widersinnige» an der neuen Kammer aufrecht erhalten wollen. Mit der neuen Zählkammer sind die Blutuntersuchungen im Gebirge zu wiederholen. Vielleicht fällt dann auch auf «die schrittweise sich vollziehende Vermehrung der Blutkörperchen» ein anderes Licht. Mit diesen Nachprüfungen braucht man nicht etwa zu warten, bis Physiker, denen auch wir es übrigens überlassen wollen, den Fehler der alten Zählkammer mit mathematischer Genauigkeit bewiesen haben. Seine Existenz sagt uns das Experiment zur Genüge.

Literaturverzeichniss:

1. v. Jaruntowski: Ueber Blutveränderungen in Görbersdorf. Verhandl. des med. Congresses zu Lemberg 1894.
2. Schröder: Ueber Veränderungen des Blutes in Görbersdorf bei Gesunden und Phthisikern. Diss. Halle a. S. 1894.
3. Meissen und Schröder: Zur Frage der Blutveränderungen im Gebirge. Münch. med. Wochenschr. No. 23 u. 24, 1897.
4. Dieselben: Eine vom Luftdruck unabhängige Zählkammer für Blutkörperchen. Münch. med. Wochenschr. No. 4, 1898.
5. A. Gottstein: Die Ursachen der Blutkörperchenvermehrung bei vermindertem Luftdruck. Allgemeine med. Central-Zeitung No. 74, 1897.
6. Derselbe: Ueber Blutkörperchenzählung und Luftdruck. Berl. klin. Wochenschr. No. 20, 1898.
7. A. Loewy, J. Loewy und L. Zuntz: Ueber den Einfluss der verdünnten Luft und des Höhenklimas auf den Menschen. Pflüger's Archiv Bd. 66.
8. Jaquet und Suter: Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. No. 4, 1898.
9. Schlosser: Zwei Fälle von Pneumothorax. Jahresbericht der allg. Poliklinik in Basel 1898.

Der Morbus Basedowii.*)

Von Medicinalrath Dr. *C. Schwerdt*, prakt. Arzt in Gotha.

Verfolgt man die Geschichte der Medicin bis in den Anfang des vergangenen Jahrhunderts, so sieht man einige, vorerst nur skizzenhafte, von den Autoren wenig bewerthete Andeutungen über ein eigenthümliches Krankheitbild auftauchen, welches in Deutschland unter dem Namen Morbus Basedowii bekannt ist. Diese Andeutungen finden sich bei St. Yves 1722, Morgagni 1762, Louis 1774, Parry 1786, Guiseppe Flagani 1802, Ware 1811, Testa 1813, Demours 1818, Adelmann 1828, Graves 1835, Pauli 1837, Basedow 1840, Marsh 1842, MacDonnel 1845 und Henoch 1848.

Es sind unter diesen Autoren besonders Parry, Graves und Basedow, aus deren Arbeiten man ersieht, dass sie sich bewusst waren, eine neue Krankheit zu entrollen und denen es auch, sich gegenseitig ergänzend, gelungen ist, die charakteristischen Merkmale so weit zu umgrenzen, dass Verwechselungen der typischen Fälle mit anderen Krankheiten unmöglich wurden. Maassgebend für den Typus der Krankheit waren seit dieser Zeit die Symptome: Pulsbeschleunigung, Struma, Exophthalmus.

Jedoch nicht lange. Es soll dahingestellt bleiben, ob Rassenunterschiede und die culturelle Entwickelung der Völker modulirend auf das typische Krankheitsbild eingewirkt haben, jedenfalls verblasst allmählich obige Trias von dem Moment an, wo sich den Engländern und Deutschen die Franzosen in der Erforschung der Krankheit hinzugesellten. Werthvolle Bereicherungen verdanken wir Charcot (1856), aber seine Schule hat uns gleichzeitig mit einem so bunten Mosaik subjectiver Symptome beschenkt, dass wir vor einem unentwirrbaren Chaos stehen. Wer in unserer Zeit den formes frustes (Kopfschmerzen, Zittern, Gedächtnissschwäche, Schwindel, Hitzegefühl, nervöse Unruhe, Schlaflosigkeit, vermehrter Schweiss, Dyspnoe, Husten, Erbrechen, Durchfälle) grossen Werth beilegt, wer es gleichzeitig für zulässig hält, dass das eine, auch zwei, auch alle drei Cardinalsymptome fehlen, der wird eine grosse Anzahl von Fällen des Morbus Basedowii finden, wer an obiger Trias festhält, der kann Jahre lang in ärztlicher Praxis sein, ohne einen einzigen zu sehen. In typischen Fällen sind wir demnach nicht weiter gekommen als unsere Collegen in den 40er Jahren bereits waren; in atypischen bleibt es dem Gutdünken des Einzelnen überlassen, den Morbus Basedowii anzunehmen oder nicht. Mit der — wie ich meine — berechtigten Hereinziehung der formes frustes ist der Krankheit eine sehr breite Basis gegeben, aber die Definition derselben nach subjectiven und objectiven Symptomen hat gleichzeitig Fiasco gemacht.

Gross ist die Literatur, in der mit emsigem Fleiss die Symptome der Krankheit zusammengetragen worden sind, aber überwältigend ist die Anzahl und vielfach bewunderungswürdig in ihren wissenschaftlichen Ergebnissen ist die Arbeit Derer, die sich die Erforschung der Krankheitsursache zur Aufgabe gestellt haben. Der Verfasser sieht davon ab, diese Ergebnisse kritisch beleuchten zu wollen, aber dies darf er wohl sagen: Das Resultat ist wenig befriedigend. Der pathologischen Anatomie und ihren Hilfswissenschaften verdanken wir die Aufstellung eines neurogenen, haematogenen und thyreogenen Ursprungs der Krankheit. Scharf platzen aber auch hier die Gegensätze auf einander und das Leitmotiv, welches die bestehenden Dissonanzen zu beseitigen verstünde, ist nicht gefunden.

In der Therapie konnte bisher, wo die Ursache der Krankheit allgemein strittig war, von einer causalen Behandlung nicht die

*) Vortrag, gehalten auf der 30. Wanderversammlung des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen zu Arnstadt am 26. August 1898.

Rede sein. Und die vereinzelten Versuche, aus dem günstigen Resultat eines eingeschlagenen Heilwegs eine für jeden neuen Krankheitsfall passende Therapie zu construiren und weiter ex juvantibus auf die Causa morbi einen Rückschluss zu machen, fanden entweder ohne Weiteres principiellen Widerspruch oder waren bei Nachahmung des vorgeschlagenen Heilwegs von Misserfolgen begleitet.

Aber gerade diese, besonders in der localisirten Therapie geernteten Misserfolge und unter diesen die Heilmethoden mit negativen, absolut traurigen Resultaten haben in zweierlei Richtung ihr Gutes gestiftet, indem 1. der therapeutische Tummelplatz, wo die tollsten Steckenpferde geritten werden konnten, wesentlich eingeengt worden ist und die vorsichtige symptomatische, den individuellen jeweiligen Beschwerden Rechnung tragende Therapie wieder zur vollen Geltung kam und indem 2. ex non juvantibus gewisse logische Rückschlüsse auf das Wesen der Krankheit zulässig wurden.

Aber das Dunkel, in welches das Wesen der Krankheit eingehüllt ist, beginnt sich auch aus einer anderen Richtung zu lichten. Zu den längst bekannten Krankheiten, die in Beziehung zum Morbus Basedowii stehen, oder sich ihm zugesellen, sind Krankheiten jüngeren Datums getreten und das fortgesetzte Studium derselben wirft mancherlei Streiflichter auf den Morbus Basedowii. Die wichtigsten dieser Krankheiten sind das Myxoedem, die Sklerodermie und die Enteroptose.

Mit der Erforschung der letzteren Krankheit habe ich mich seit 12 Jahren eingehender beschäftigt und die ersten Resultate 1896 in der D. med. W. No. 4, 5, 6 unter dem Titel «Enteroptose und intraabdominaler Druck» niedergelegt. Ich liess mich sodann auf meiner Forschung von der von mir bevorzugten Theorie weiter treiben und ohne es zu ahnen, landete ich im Gebiet der Basedow'schen Krankheit. Da ich aber gleichzeitig in meiner Praxis öfter Gelegenheit fand, zu beobachten, dass einestheils eine ganze Reihe subjectiver Beschwerden bei Enteroptose sich decken mit den Formes frustes des Morbus Basedowii und dass anderentheils der echte Morbus Basedowii verschiedene klinische Erscheinungen der Enteroptose darbietet, so erschien es mir berechtigt, in dem Nebeneinander dieser beiden Krankheiten nicht einen Zufall zu sehen, wie dies manche Autoren thun, sondern einen inneren Zusammenhang anzunehmen. Und als ich dann weiter, den logischen Faden, der mich von Enteroptose in den Anfang des Morbus Basedowii geleitete, in den schliesslichen Ausgang dieser letzteren Krankheit verfolgte, da kam ich endlich an im Gebiet zweier Krankheiten, deren nahe Beziehung zur Basedow'schen Krankheit im letzten Jahrzehnt von einer ganzen Reihe Autoren betont worden ist, des Myxoedems und der Sklerodermie. Das Resultat war die Veröffentlichung einer Arbeit in den Correspondenzblättern des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen 1896, Heft 11 und 12 unter dem Titel: «Beiträge zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit Enteroptose—Basedow—Myxoedem—Sklerodermie».

In Titel und Inhalt hat die Arbeit mancherlei Mängel. Der Titel betont zu sehr die Zusammengehörigkeit dieser 4 Krankheiten und ist geeignet, den selbständigen Charakter jeder einzelnen zu gefährden. Der Inhalt kommt nicht ab von der Besprechung der Enteroptose, die damals im Vordergrund meines Interesses stand, geht auf das Wesen der Krankheiten Basedow, Myxoedem, Sklerodermie so gut wie gar nicht ein und gibt [1]) nur eine kurze, dabei nicht präcise Andeutung, wo der logische Faden der Theorie endigt. Als einen Vortheil der Arbeit betrachte ich gegenwärtig die breiten Ausführungen über Enteroptose; in ihnen hoffe ich ein festes Fundament zu haben für den schwierigen Neubau, den ich im Nachfolgenden für die Basedow'sche Krankheit aufzuführen beabsichtige.

Ich appellire an das Wohlwollen und die Geduld des Lesers, wenn ich ihm eine durch nichts bewiesene Hypothese vortrage, ich bin mir voll bewusst, wie gross das Wagniss ist, gewissermaassen am grünen Tisch pathologisch-anatomische Befunde zu construiren, welche ich in der Literatur nirgends ausgeführt, kaum angedeutet finde; jedoch ich muss auf dem einmal betretenen Weg fortschreiten mit dem Muth, der auch vor der möglichen Niederlage nicht zurückschreckt.

Die Enteroptose

ist eine Constitutionskrankheit. Sie wird correcter als «Allgemeine Atonie» bezeichnet, als deren klinisch auffallendstes Symptom die Ptosis der Baucheingeweide aufzufassen ist.

Die Krankheit beruht auf einer reizbaren Schwäche des Nervensystems, die entweder angeboren oder erworben ist (ungenügende Nahrung, geistige und körperliche Ueberanstrengung, Missbrauch von Kaffee, Thee, Nicotin, Alkohol, Morphium, einschnürende Kleidung, Corset, psychische Alteration). In Wesen und Herkunft deckt sich der Begriff Enteroptose mit demjenigen der Neurasthenie vollständig. Beide Krankheiten zeigen psychische, zu abnormen Vorstellungen führende und körperliche, subjectiv localisirte Symptome. Aber im Verlauf gehen beide Krankheiten verschiedene Wege. Bei der Neurasthenie bleiben diese psychischen und die körperlichen Symptome, beide latent, als gleichwerthige Dauerformen bestehen. Bei der Enteroptose oder allgemeinen Atonie treten die körperlichen Symptome sehr bald aus dem Zustand der Latenz heraus, sie werden objectiv klinisch nachweisbar, sie gelangen in höherem Grad in das subjective Bewusstsein und gesellen sich secundär den primären psychischen Symptomen hinzu.

Die körperlichen Symptome sind es ausschliesslich, mit denen wir uns in den nachfolgenden Ausführungen zu beschäftigen haben. Wir lassen hierbei die Sensibilitätsstörungen, als der psychischen Sphäre allzu nahe stehend, ganz ausser Betracht, wenden uns ausschliesslich dem motorischen und vegetativen Gebiet zu (Assimilation, Secretion, Excretion) und legen in den weiteren Ausführungen, die Reizbarkeit und die Schwäche des Nervensystems zwar als gleichwerthig anerkennend, den Hauptaccent vorerst auf die Schwäche. In diesen Gebieten werden wir folgerichtig, wenn die Enteroptose auf einer Functionsstörung der Nervensubstanz beruht, zunächst rein functionelle Veränderung erwarten müssen, aber wir werden im weiteren Verlauf sehen, dass auch organische, vorzugsweise der vegetativen Sphäre angehörende Anomalien sich hinzugesellen.

Beginnen wir mit der quergestreiften Musculatur und zwar da, wo dieselbe die grösste, concentrisch wirkende Kraftentfaltung äussert, an der Bauch Beckenwandung. Dieselbe umgibt hier in mächtigen Muskelplatten die grösste Körperhöhle die Bauch-Beckenhöhle und hält ihren Inhalt unter einem gewissen Druck zusammen. Lässt die nervöse Energie nach, so nimmt die physische Kraft ab, mit der diese Musculatur den Inhalt einschliesst und dieser Befund wird nachweisbar 1. durch das klinische Symptom: Erschlaffung der vorderen Bauchwand, 2. durch das physikalische, mit Hilfe des Manometers nachweisbare Symptom: Herabsetzung des intraabdominalen Drucks.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen über den intraabdominalen Druck beim gesunden und bei dem an Enteroptose erkrankten Organismus muss ich hier einschalten:

Der an einer beliebigen Stelle in der geschlossenen Bauchbeckenhöhle des lebenden Organismus durch das Manometer festgestellte Druck muss theoretisch zerlegt werden in den activen Spannungsdruck, der von der elastisch-musculösen Wandung auf den Inhalt ausgeübt wird und in den Belastungsdruck, mit dem jedes Organ, in Folge seines Gewichts, die Unterlage beschwert. Vermöge des zum grossen Theil wässrigflüssigen und gasigen Inhalts der Bauchhöhle ist der Spannungsdruck überall gleich hoch, der Belastungsdruck dagegen ergibt beim aufrecht stehenden Menschen, von oben nach unten gemessen, zunehmende Werthe und erreicht seinen höchsten Werth da, wo die Bauchbeckenhöhle trichterförmig endigt, am Anus. Den niedrigsten Druck überhaupt finden wir in dieser Stellung an der Decke der Bauchbeckenhöhle, unterhalb des Zwerchfells; dies ist der reine Spannungsdruck; den höchsten Druck finden wir im Mastdarm, dieser summirt sich aus dem Spannungsdruck und höchsten Belastungsdruck.

Eine gewisse Zeit ist der Mensch, und zwar so lange er sich, wie ich bisher annahm, in voller Ruhe hält und auch die Ath-

[1]) Beiträge zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit Enteroptose—Basedow—Myxoedem—Sklerodermie, p. 28, Abs. 2. Verlag von G. Fischer, Jena, 1897.

mung unterdrückt, fähig, den intraabdominalen Druck auf vollkommen gleicher Höhe zu halten, aber der physiologische Zustand besteht in einem fortwährenden Wechsel dieses Drucks. Dieser Wechsel ist von verschiedenen Factoren abhängig, von den Athembewegungen, von der Verminderung oder Vermehrung des Inhalts, von der unwillkürlichen, unbewussten Bauchpresse, wie wir sie bei körperlicher Arbeit, beim Husten, Niessen und endlich von der mehr bewussten Bauchpresse, wie wir sie bei dem Brechact, beim Uriniren, bei der Defaecation oder bei den Geburtswehen sich einstellen sehen.

Ich habe nun weitere Messungen des intraabdominalen Drucks bei körperlicher Arbeit und bei der willkürlichen Bauchpresse am aufrecht stehenden Menschen in der Weise vorgenommen, dass ich gleichzeitig 2 Manometer benutzte, von denen das eine mit dem Magen, das andere mit dem Mastdarm verbunden war. Die je nach der Energie der aufgewendeten Bauchpresse verschieden hoch gefundenen Messungsresultate und ihre gegenseitige Vergleichung haben mich belehrt, dass ein bekanntes physikalisches Gesetz für den Wechsel in den Druckschwankungen der Bauchhöhle die höchste Bedeutung gewinnt. Dieses Gesetz, für welches die Physik unter Anwendung todter Materialien ohne Weiteres ein beweisendes Experiment veranstalten könnte, lautet, auf den lebenden Organismus des Menschen bezogen: Je mehr der intraabdominale Spannungsdruck zunimmt, umso mehr nimmt der Belastungsdruck ab und umgekehrt: Je mehr der Spannungsdruck abnimmt, umso mehr nimmt der Belastungsdruck zu. Fixiren wir die beiden Extreme dieses Gesetzes, so lautet dasselbe: Bei excessiver Höhe des Spannungsdrucks wird der Belastungsdruck = 0, in diesem Fall sind die Gesetze der Schwere vollkommen aufgehoben, kein Organ kann die Unterlage belasten, keines kann sich von der Stelle rühren, auch wenn es frei beweglich wäre. Und umgekehrt: Sinkt der Spannungsdruck bei vollständiger Erschlaffung der Bauchwand auf Null, dann steigt der Belastungsdruck so hoch, dass die Gesetze der Schwere ihre volle Geltung gewinnen. Im ersteren Fall vertheilt sich das Gewicht der gesammten Bauchorgane auf die ganze Bauchwand, in letzterem drückt jedes Organ mit seinem vollen Gewicht nur auf den direct unter ihm liegenden Theil der Bauchwand, vorausgesetzt, dass es frei beweglich wäre.

Obiges Gesetz, welches kurz ausgedrückt lauten würde: Der Spannungsdruck steht im umgekehrten Verhältniss zum Belastungsdruck, hat für die vorübergehend eintretenden Druckschwankungen am gesunden Menschen eine nicht sofort in die Augen springende Bedeutung, eine klinisch hohe Bedeutung gewinnt es aber bei der durch dauernd herabgesetzten intraabdominalen Druck charakterisirten Enteroptose.

Ich ging nun weiter, nahm Messungen bei derartigen Patienten in verschiedenen Stellungen vor, erbrachte den Nachweis, dass der intraabdominale Spannungsdruck thatsächlich dauernd herabgesetzt ist und wurde hierdurch von der physikalischen Nothwendigkeit überzeugt, dass die Bauchorgane ihren Ort verändern müssen.

Um aber das volle Verständniss dafür zu gewinnen, dass die Organwanderung bei aller Mannigfaltigkeit doch nach gewissen Gesetzen vor sich geht, mussten noch 2 Momente berücksichtigt werden. Das erste Moment ist, dass alle Organe an ihrer normalen Stelle durch Bandapparate mehr oder weniger fixirt sind und dass dieselben zu einem Bruchtheil ihres Gewichts die Unterlage belasten und zu dem Rest dieses Bruchtheils an den Bändern zerren (am Gesunden $^7/_8 : {}^1/_8$, wie ich in der Arbeit «Enteroptose und intraabdominaler Druck» schätzungsweise annehme.) Bei herabgesetztem intraabdominalem Druck würde das die Unterlage belastende und gleichzeitig an den Bändern zerrende Gewicht in gleicher Weise vergrössert angenommen werden müssen. Eine Ueberdehnung der Fixationsbänder würde sich unter Berücksichtigung der constitutionellen Schwäche leicht einstellen, aber die Entfernung des Organs von seinem normalen Ort würde doch seine Grenze finden an der Ueberdehnbarkeit der Bandapparate. Das zweite zu berücksichtigende Moment erblicke ich in der Gruppirung der Bauchbeckenorgane und der Art ihrer Fixation. Wir können hier drei Gruppen unterscheiden, als unterste die Beckenorgane, als mittlere die Darmschlingen, als oberste die Organe Magen, Leber, Nieren, Milz.

Als wichtigsten Repräsentanten der untersten Gruppe erwähne ich nur nebenbei den Uterus, dessen ziemlich frei beweglicher, der vorderen Bauchwand nahe kommender Körper nach hinten und unten geknickt gefunden wird, an welche Stelle er, wenigstens bei Enteroptose, durch das Gesetz vom Parallelogramm der Kräfte gelangt. Die Darmschlingen, vorwiegend an der hinteren Bauchwand fixirt, zeigen unter dem Namen der Splanchnoptose nur dann eine auffallende Entfernung von ihrem Ort, wenn gleichzeitig Hängebauch besteht. Die oberste Gruppe endlich, die uns am meisten interessirenden Organe Leber, Nieren, Magen, Milz sind theils durch mehr oder weniger straffe Bänder an der hinteren oberen Bauchwand fixirt, theils liegen sie den Darmschlingen, mit ihrem wässrig gasigen Inhalt auf. Bei Verminderung des intraabdominalen Spannungsdrucks können diese Organe mit ihrem beträchtlichen Gewicht demnach nicht den unter ihnen direct liegenden Beckenboden belasten, sondern sie schwimmen vielmehr auf den Därmen, wie auf einem Luftkissen und eine übermässige Dehnung der Fixationsbänder wird verhütet. So mag es kommen, dass nur die Nieren und diese relativ selten sich bis auf den Boden der Beckenhöhle verirren, die Organe in der Regel sich nur auf kurze Strecke von ihrem Ort entfernen.

Im Bisherigen haben wir die gesammten Organe der Bauchhöhle als solide, ein gewisses Gewicht repräsentirende und den Gesetzen der Schwere unterworfene Körper betrachtet. Aber dieselben werden durchspült von reichlicher Flüssigkeit und eine Anzahl derselben sind gleichzeitig Hohlorgane mit theils tropfbar flüssigem, theils gasigem Inhalt. Will man sich ein Bild davon machen, wie sich diese Flüssigkeiten dem von der Bauchwand auf das Innere ausgeübten Spannungsdruck gegenüber verhalten, so ist folgender einfacher Versuch instructiv:

Man hält einen Badeschwamm in der Hand auf eine Wasserfläche, lässt ihn sich vollsaugen und drückt ihn zusammen. Ein Theil des Wassers verbleibt in den Poren, ein anderer Theil entweicht, spritzt mit Gewalt heraus. Lässt dann der Druck nach, so saugt sich der Schwamm wieder voll.

Dasselbe Verhalten haben wir an der Bauchhöhle. Sehen wir uns die Verhältnisse 1) am gesunden Organismus an. Lassen wir vorerst die Bauchwand sich kräftig zusammenziehen, so haben alle Flüssigkeiten das Bestreben, zu entweichen. Zum Theil thun sie es, wo der Ausgang offen steht, Blut und Lymphe fliesst nach der Brusthöhle ab, der venöse Zufluss aus den unteren Extremitäten und der arterielle Zufluss ist in beschränktem Grad möglich. Das Resultat ist a) Verminderung der Flüssigkeit und Anaemie der Gewebe. Ein anderer Theil des gasig wässrigen Inhalts ist aber in Hohlorgane (Verdauungsapparat, Gallenblase, Nierenbecken, Harnblase) eingeschlossen, deren Ausgänge sich nicht ohne Weiteres öffnen. Diese Flüssigkeiten stehen unter einem aparten von der eigenen Wandung ausgeübten Druck. Das Resultat ist b) Erhöhung des in diesen Organen befindlichen Drucks oder anders ausgedrückt, Unterstützung des physiologischen Spannungsdrucks der Wandung dieser Hohlorgane auf ihren Inhalt durch den allgemeinen intraabdominalen Druck. Lassen wir umgekehrt am gesunden Organismus die Bauchhöhle vorübergehend erschlaffen, und wählen wir diejenige Stellung des Körpers, in welcher, wie ich nachgewiesen habe, der intraabdominale Spannungsdruck auf Null sinkt, die Knie-Ellenbogenlage. In dieser Stellung ist der venöse und lymphische Abfluss erschwert. Das Resultat ist a) Vermehrung der Flüssigkeiten und Hyperaemie vorzugsweise durch venöse Stauung. Und in Bezug auf obige Hohlorgane haben wir b) das Resultat, dass, da der intraabdominale Spannungsdruck ganz fortfällt, der Inhalt dieser Organe nur unter den allein von ihrer Wandung ausgeübten Druck zu stehen kommt.

Wir sind nunmehr bei den internen Vorgängen des vegetativen Gebietes angelangt. Wir beschränken unser Thema auf die Assimilation der Nährstoffe und die Ausscheidung verbrauchter Stoffe. Es lässt sich annehmen, dass einerseits die assimilirende und excernirende Thätigkeit der zelligen und drüsigen Elemente von Darmwandung und Nierengewebe, anderentheils die Ausscheidung verbrauchter Stoffe aus den Reservoirs, dem unteren Verdauungsrohr, den Nierenbecken und der Harnblase in physiologischem Sinn vor sich geht bei mittleren Schwankungen des intraabdominalen Drucks. Es lässt sich andererseits nicht leugnen, dass bei abnormer Erhöhung oder Erniedrigung dieses Drucks schon beim gesunden Organismus eine Störung dieser Vorgänge sich einstellen könnte, die an pathologische Zustände heranstreift.

Diese Befürchtung würde nicht so schnell eintreffen. Wir müssen uns rechtzeitig erinnern, dass wir es mit einem lebenden Organismus zu thun haben, der nach besonderen biologischen Gesetzen arbeitet. Von unserem Willen ist es zum Theil abhängig die Bauchpresse beträchtlich zu steigern oder herabzusetzen,

aber unserem Willen ist die Thätigkeit der vegetativen Sphäre, in deren Dienst die Organe der Bauchhöhle stehen, gänzlich entrückt. Imponiren muss uns die massige Anhäufung nervöser Körper in der Bauchhöhle, die Plexus und Ganglienhaufen des Sympathicus, des Splanchnicus und Vagus, welche ein Centralorgan für sich bilden, und welche, die einzelnen Bauchorgane zusammenfassend, einen besonderen Organismus höherer Ordnung in unserem Körper repräsentiren, mit autokratischem Regiment. Aber doch ist dieses selbstbewusste Centrum abhängig vom Centralnervensystem und es vereinigt sich mit diesem in dem Bestreben, den thierischen und menschlichen Organismus zu einem harmonisch arbeitenden Ganzen zu vereinigen und vorübergehend in dem mechanischen und biologischen Getriebe eintretende Störungen auszugleichen. Somit dürfen wir auch annehmen, dass das vegetative Centrum eine etwa vorübergehend eintretende Depression in der Thätigkeit der assimilirenden und excernirenden Organe, wie sie sowohl bei Hyperaemie wie Anaemie zu befürchten wäre, aufhebt und ferner dürfen wir annehmen, dass die Erhöhung des intraabdominalen Spannungsdrucks durch Vermittelung des nervösen Centrums auf die glatte Musculatur der Hohlorgane den Zustand der Entspannung in Form der physiologischen Ruhe, die Herabsetzung des intraabdominalen Drucks den Zustand des erhöhten Tonus in Form der physiologischen Arbeit hervorruft.

Und dieses harmonische Ineinandergreifen der verschiedenen treibenden Factoren würde zur Folge haben, trotz des Wechsels von niedrigem und hohem Druck in der Bauchhöhle, trotz wechselnder Hyperaemie und Anaemie der Gewebe, einen gleichmässig ruhigen Verlauf der vegetativen Vorgänge. Mit voller Gesetzmässigkeit und Pünktlichkeit mahnt Hunger und Durst zur Nahrungsaufnahme, Urin- und Stuhldrang zur Ausscheidung verbrauchter oder unnützer Stoffe, die assimilirende, secernirende und excernirende Arbeit der zelligen Elemente bleibt in gleichmässigem Fluss und keinerlei abnorme Sensationen tauchen aus dem thierisch-vegetativen Gebiet in das höhere Centrum unseres menschlichen Bewusstseins empor. Anders gestalten sich

II. diese Verhältnisse bei dem an Enteroptose erkrankten Organismus. Erinnern wir uns, dass wir das Wesen der Krankheit in einer reizbaren Schwäche der motorischen, vegetativen und sensiblen Sphäre erblicken. Am motorischen Apparat äussert sich, wie wir sahen, dieser Zustand in einem herabgesetzten Tonus der elastisch musculösen Bauchwand und in einem dadurch bedingten herabgesetzten intraabdominalen Druck. Die biologischen Vorgänge bringen es mit sich, dass auch bei Enteroptose ein stetiger Wechsel stattfindet zwischen höherem und niederem Druck, zwischen Hyperaemie und Anaemie. Aber der mittlere Druck nähert sich dem pathologischen Nullpunkt, die mittlere Durchfeuchtung nähert sich der pathologischen lymphatisch-venösen Stauung.

Das vegetative Centrum, vorübergehend wohl im Zustand der Reizbarkeit und erhöhter Leistungsfähigkeit, meist im Zustand der Schwäche, vermag nur ausnahmsweise der depressiven Welle seitens des motorischen Apparates Stand zu halten. Die von diesem Centrum innervirten Organe der Assimilation und Excretion gelangen, ebenfalls nur vorübergehend, in den Zustand erhöhter Leistungsfähigkeit, verharren meist in der Depression, saugen langsamer die Nährstoffe auf und geben langsamer die verbrauchten Stoffe in die Reservoirs, Nierenbecken, Harnblase und unteren Darmabschnitt ab. Und weiter reagiren die Wandungen dieser Hohlorgane nicht mehr auf den dauernd herabgesetzten intraabdominalen Spannungsdruck mit einer erhöhten Energie in Form der physiologischen Arbeit, sondern mit einer pathologischen Arbeit. Diese Arbeit bedeutet eine Ueberanstrengung, Ueberdehnung der contractilen Elemente und sie tritt schliesslich anatomisch in die Erscheinung in Form der Atonie.

Diese atonischen Zustände sind als Magen- und Darmatonie allgemein bekannt und werden als solche klinisch frühzeitig gefunden und hinreichend gewürdigt. Dass sie besonders an diesen Organen auftreten, wird erklärlich durch das Vorhandensein von Gasen, die nach bekanntem physikalischen Gesetz bei Verminderung des Drucks einen entsprechend grösseren Raum beanspruchen. Aber als eine bedenkliche Kurzsichtigkeit muss ich es ansehen, an den anderen Organen, der Gallenblase, den Nierenbecken, der Harnblase, den Blutadern und Lymphgefässen das Zustandekommen einer Atonie bloss desswegen leugnen zu wollen, weil wir sie zur Zeit klinisch nicht nachweisen können. Die strenge Würdigung physikalischer Gesetze zwingt uns vielmehr, auch an diesen Organen atonische Zustände anzunehmen, die wohl oft frühzeitig auftreten, klinisch aber spät oder gar nicht gefunden worden. Schliesslich dürfte, ganz allgemein gesagt, die Tendenz der Bauchorgane zur Atonie sich frühzeitiger einstellen, wie zur Senkung.

Die subjectiven Beschwerden dieses Stadiums ergeben sich von selbst. Die Nahrungsaufnahme ist wechselnd, manchmal durch Heisshunger vermehrt, meist durch Appetitlosigkeit vermindert, in Folge davon zunehmende Abmagerung. Die Ausscheidung verbrauchter Stoffe ergibt nur ausnahmsweise Polyurie und beschleunigten Stuhlgang, meist verminderte Diurese und Stuhlverstopfung. Ferner ist es ein bunter Wechsel abnormer Sensationen, der das Centralnervensystem in das Bereich der niederen vegetativen Störungen herabzieht.

Aber unvermittelt, oft mit plötzlichem Uebergang tritt die Krankheit in ein neues Stadium. Ein anderer Kampf beginnt, hoch interessant für den Arzt, wäre nur hier nicht oft genug seine Kunst zu Schanden geworden und hoch dramatisch für den Kämpfer, wäre er nicht schliesslich doch noch mit dem Leben davon gekommen. Unmerklich haben sich gewisse Gifte im Körper angesammelt. Der Verdauungsapparat, angefüllt mit abnormen Gasen und zersetztem Darminhalt, gibt fortgesetzt schädliche Stoffe in das Blut ab und die Nieren genügen immer weniger ihrer Function, verbrauchte Stoffe aus dem Blut auszuscheiden. Die acute Vergiftung, die intestinale Autointoxication, oft gepaart mit der Uraemie ähnlichen Erscheinungen, ist da; das Gefäss ist zum Ueberlaufen voll. Aber neue Ausgleiche schafft sich der Organismus, neue Reservekräfte stellen sich in seinen Dienst. Als compensatorische Ereignisse, als Selbsthilfe müssen wir ansehen die absolute Verweigerung der Nahrung, die profusen Diarrhoen, das unstillbare Erbrechen, die andauernden Schweisse. Nicht so bald nimmt dieser Kampf ein Ende. Das Nervensystem, im höchsten Grade erschöpft, stellt mehr und mehr seine Functionen ein. Zur functionellen Anurie gesellt sich die Unfähigkeit der Defaecation, sogar die Unfähigkeit des Erbrechens. Zu dem physischen Zusammenbruch, charakterisirt durch die Ptosis der Eingeweide, durch die Lähmung im vegetativen Gebiet, gesellt sich der psychische Bankerott. Ein Wesen liegt vor uns, abgezehrt und mager, nicht klar im Wachen, gequält von wirren Träumen, kaum noch denkfähig. Aber es stirbt nicht.

Stellen wir nun die Hauptsymptome der Krankheit zusammen, gruppiren wir sie nach ihrem zeitlichen Auftreten und ihrer Würdigkeit, so können wir 4 Stadien unterscheiden.

I. Stadium. Neurasthenie, hypochondrische Vorstellungen, melancholische Gemüthsstimmung — neurogener Ursprung der Krankheit.

II. Stadium. Autointoxicationen — haematogener Ursprung der Krankheit.

1. Phase: Venöse und lymphatische Stauung in der Bauchhöhle, Atonie der Hohlorgane (Abmagerung), Dyspepsien, Verstopfung — Blähungen, Koliken, schlechter Schlaf, Kopfschmerz, Schwindel.

2. Phase: Ptosis der Eingeweide, Vollsein im Leib, Kreuzschmerz, ziehende Schmerzen nach der Speiseröhre, den Schultern, Paraesthesien der Beine, Unterleibsstörungen.

III. Stadium. Acute Functionslähmung aller physischen und psychischen Kräfte.

IV. Stadium. Relative Genesung; tritt spontan langsam ein, kann durch ärztliche Hilfe schnell herbeigeführt werden und dauernd erhalten bleiben. Sie ist anzunehmen, sobald die subjectiven Beschwerden gehoben sind. Aber objectiv bleiben, wenn auch in geringerem Grade, bestehen die Atonien und die Ptosis der Eingeweide.

(Fortsetzung folgt.)

---

*Ueber Orthoform und «Orthoform neu».

Von Prof. Dr. *F. Klaussner*, München.

Seit einiger Zeit haben die Farbwerke Höchst a. M. zu dem bereits eingeführten Orthoform ein «Orthoform neu» in den Handel gebracht, das, wie das erste Präparat, von Professor Einhorn und Privatdocent Dr. Heinz [1] dargestellt wurde.

Da nun über «Orthoform neu» eine Veröffentlichung bislang nicht stattgefunden hat, ist sowohl in ärztlichen wie in Apothekerkreisen eine gewisse Verwirrung betr. des Werthes beider Mittel entstanden, zu deren Klärung diese Mittheilung dienen soll.

Einhorn und Heinz hatten den p-Amido-m-oxy-benzoësäuremethylester mit dem Namen Orthoform belegt. Der mit dem Namen «Orthoform neu» bezeichnete Körper ist der m-amido-p-oxybenzoësäuremethylester, über dessen gleichwerthige Wirkung — wie Experimente an Thieren ergaben — bereits in der ersten Publication genannter Herrn berichtet wird; auch Herr Privatdocent Dr. Neumayer [2], der beide Mittel an Patienten der internen Poliklinik dahier prüfte, spricht sich in demselben Sinne aus.

Die im Laufe des heurigen Sommersemesters mit dem «Orthoform neu» an zahlreichen Patienten der hiesigen chirurgischen Poliklinik angestellten Versuche ergaben, dass das Präparat bei Geschwüren, Fissuren, Verletzungen, Brandwunden etc. die gleichen Eigenschaften darbietet, wie das zuerst in den Handel gebrachte; zur näheren Orientirung erlaube ich mir, auf meine frühere Mittheilung [3] in der Münchener med. Wochenschrift No. 46, 1897 zu verweisen und verzichte hier auf ein eingehendes Referat, da Herr Dr. Luxenburger, Assistent der chirurgischen Poliklinik, diesen geben, sowie über einige experimentelle Erfahrungen mit Orthoform nächstens Bericht erstatten wird.

Als Vortheile des «Orthoforms neu» sind zu erwähnen, einmal, dass das Pulver gleichmässig fein ist, weissere Farbe als das alte Orthoform besitzt, sich weniger zusammenballt und endlich, was wohl gewiss sehr wichtig ist, dass sich sein Preis wesentlich niederer stellt, als der des bisher in den Handel gebrachten Orthoforms; dieses konnte, eben weil es so theuer war, bei Minderbemittelten und in der Armenpraxis keine Verwendung finden. Die Ermöglichung einer billigeren Herstellungsweise bildete den Hauptgrund für die Einführung des «Orthoform neu» und dürfte nun, nachdem sich herausgestellt hat, dass das Orthoform seine Wirkung auch in einer 10—20 proc. Mischung mit Talg oder Amylum etc. noch voll entfaltet, der allgemeineren Verwendung nichts mehr im Wege stehen.

Die Literatur, die bis jetzt seit Bekanntgabe des Orthoforms erschienen ist, ist in Anbetracht des kurzen Zeitraumes (August 1897 bis August 1898) eine reichliche und die Erfahrungen, die auf den verschiedenen Gebieten der Medicin gemacht wurden, sind durchwegs günstige.

Vielleicht dürfte es angezeigt sein, einen Ueberblick an dieser Stelle zu geben. Dabei sei namentlich in Betreff der Anwendung des Orthoforms in der inneren Medicin auf die erst kürzlich erschienene Arbeit von O. Hecker [29] verwiesen, die in übersichtlicher Weise über die bisher gewonnenen Resultate referirt.

Neumayer [2], Lichtwitz und Sabragès [12, 13, 14], Yonge [20], Kindler [9], Herzfeld und Goldscheider [10], Bernould [8] und Garel rühmen einstimmig die ausgezeichnete Wirkung des Orthoforms bei Kehlkopfgeschwüren etc., das nichts von den Unzuträglichkeiten des Cocains besitzt, eine 18 bis 36 stündige Anaesthesie bewirkt und den Kranken nicht nur die Beschwerden nimmt, sondern auch die Nahrungsaufnahme (selbst fester Substanzen) gestattet und damit zur Hebung des Allgemeinbefindens beiträgt. Lichtwitz empfiehlt das Orthoform bei der durch Reizung der Nasenschleimhaut bedingten reflectorischen Hydrorrhoe, insbesondere beim Heuschnupfen; er findet seine Wirkung der des Cocains weitaus überlegen.

Ueber innerliche Anwendung des Orthoforms berichten Neumayer [2], Kindler [9], Mosse [10] und Hecker [29]. Wo Schmerz durch geschwürige Processe im Magen hervorgerufen wird, wirkt das Präparat absolut sicher, dagegen nicht, wenn keine Substanzverletzung vorliegt. Man kann daher das Orthoform geradezu als diagnostisches Hilfsmittel benützen. Auf nervöse Cardialgie, auf Beschwerden bei Magenkatarrh ist es ohne Einfluss, dagegen sistirt es in kurzer Zeit die Schmerzen bei Magenkrebs und Ulcus ventriculi. Die anaesthesirende Wirkung erstreckt sich über viele Stunden (Orthoform 1,0 als Pulver etc.), zum Mindesten bis zur nächsten Nahrungsaufnahme.

Um auch der Hautkrankheiten zu erwähnen, so sei auf eine Mittheilung Korn's [23] verwiesen, der in Fällen von Prurigo und Herpes zoster ausgezeichnete Resultate mit Orthoform (in Pulver- und Salbenform angewendet) erzielte.

Ueber günstige Erfolge in der Augenheilkunde berichtet Boisseau [15], der, nach experimenteller Prüfung, das Orthoform namentlich zur Schmerzstillung bei Geschwüren der Cornea anwandte; 5 proc. Orthoformsalbe that — weil weniger reizend — bessere Dienste als das Pulver.

Bei schmerzhaften Erkrankungen der Blase hat das Mittel Noqué [25] im Stiche gelassen; auch Blondel [19] spricht sich dahin aus, dass die Resultate des Orthoforms bei Blasenerkrankungen sehr verschieden waren und die Blasenschmerzen bei Cystitis z. B. nicht gemindert wurden. In beiden Fällen ist wohl das nichtbefriedigende Resultat darauf zurückzuführen, dass eben die Bedingungen, unter denen das Mittel einzig und allein seine Wirkung entfalten kann, nämlich Freiliegen der Nervenendigungen, nicht vorhanden war. Mosse will bei chronischer Cystitis keine, bei acuter dagegen durch innerliche Darreichung gute Erfolge erzielt haben.

Sehr befriedigt war aber Blondel [19] bei der Verwendung des Orthoforms in der Gynäkologie, bei Dilatation des Uterus, beim Curettement und in der Geburthilfe; zur Tamponade wurde mit Orthoform bepuderte Gaze gebraucht.

Die Mittheilungen aus dem Gebiete der Zahnheilkunde von Kallenberger [5, 6], Bonnard, Bornstein [21] und Jessen [28] lauten ebenfalls sehr gut. Das Orthoform wurde angewandt, wenn bei cariösen Zähnen das Excaviren der Höhle allzugrosse Schmerzen verursachte. Es wurde Pulver eingelegt und die Höhle provisorisch verschlossen; am nächsten Tage liess sich thatsächliche Herabminderung der Schmerzhaftigkeit constatiren.

In gleicher Weise wirkt es prompt bei frei gelegter entzündeter Pulpa; selbst der heftigste Schmerz konnte momentan beseitigt werden. Insbesondere liess es auch nie im Stiche zur Beseitigung des oft sehr intensiven Nachschmerzes nach Zahnextractionen.

Die Publicationen über die Wirkung des Orthoforms auf chirurgischem Gebiete sind relativ wenige. Anschliessend an meine [3] und Kallenberger's [5, 6] Berichte sei betont, dass das Orthoform sich weiterhin, namentlich bei den so schmerzhaften Fissuren des Anus, Carcinomgeschwüren und Decubitusflächen ausgezeichnet bewährte.

Erwähnt sei an dieser Stelle eine Beobachtung von Dr. Felix Bock, welche der Beachtung werth erscheint: Die nach Operation einer Mastdarmfistel restirende Wunde sollte mit Höllenstein geätzt werden. Um die Aetzung weniger schmerzhaft zu machen, wurde Orthoform vorher auf die Wunde gestreut. Nach Vornahme derselben entstand ein grüner Belag. Es handelt sich hier um einen Reductionsvorgang. «Ob die reducirende Kraft dieses als ungiftig angesehenen localen Anaestheticums therapeutisch verwerthbar ist (vielleicht in der Dermatotherapie) muss die Erfahrung lehren».

Dreyfuss [7] hat die Combination der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie mit Orthoform empfohlen, derart, dass unmittelbar auf die Schleich'sche Infiltration zur Beseitigung des an die Operation sich anschliessenden Wundschmerzes Aufstreuen von Orthoform erfolgen soll. Hirschbruch [4] benützt eine 3 proc. Orthoformaufschwemmung zur Injection statt Cocain. Es wird zuerst eine 2 proc. Cocainlösung endermatisch injicirt und in die so entstehende Quaddel mittels einer weiteren Canüle — unter beständigem Schütteln des Gemisches — die Orthoformlösung en- und hypodermatisch eingespritzt. Hirschbruch ist mit diesem Verfahren sehr zufrieden. Dr. H. Löb [24] setzt zu der für Syphilisbehandlung ausschliesslich benützten 10 proc. Mischung von Hydrargyrum salicylicum mit Paraffin 5—10 proc. Orthoform zu, wodurch er die sonst sehr lebhaft auftretenden Schmerzen wesentlich herabmindern oder auch ganz zu beseitigen vermochte.

Vielleicht interessirt hier auch der Hinweis auf eine therapeutische Notiz der Semaine médicale (No. 20, 1898), der zu Folge die bei Carcinomen angewendeten schmerzhaften Arseninjectionen, welche von Cerny und Trunececk vorgeschlagen wurden, durch Beigabe von Orthoform zum Arsen weniger schmerzhaft sein sollen.

Als Formeln wurden angegeben:

		I.	II.
Orthoform, Acid. arsenic.	āā	1 g	1 g
Alcohol., Aq.	āā	75 g	40 g

Zum Beweise der völligen Ungiftigkeit des Mittels bei äusserlichem Gebrauche seien zwei Beobachtungen mitgetheilt, von denen ich durch die Liebenswürdigkeit zweier Collegen Kenntniss erhielt.

Es wurde früher schon erwähnt, dass bei dem längeren Gebrauche des Mittels bis zu 60 g pro Woche bei einem Falle von exulcerirtem Carcinoma mammae keinerlei schlimme Symptome sich zeigten (Kallenberger).

Herr Dr. P. in F. verwendete bei einem inoperablen Carcinoma mammae mit sehr ausgedehnter «fürchterlich brennender» Geschwürsfläche (von der Clavicula bis zum 5. Intercostalraume und von der linken vorderen Axillarlinie bis zum Rücken in einer Ausdehnung von 28 cm reichend) das Orthoform sowohl als Pulver als auch in Salbenform (20 proc.) Es wurde damit nach jedesmaligem Gebrauche eine ca. 10—12 Stunden andauernde, vollkommene Schmerzlosigkeit erreicht; der üble Geruch verschwand, der Appetit steigerte sich, die Pulsfrequenz sank von 150—160 auf 120—130 herab. Urin war nie eiweisshaltig.

Es waren in der Zeit vom 26. December 1897 bis 28. Mai 1898, dem Todestage der Patientin, also in fünf Monaten 4260 g Orthoform ohne jeglichen Nachtheil verbraucht worden.

Ebenso interessant wie der oben erwähnte Fall ist einer, dessen Bekanntgabe ich Herrn Dr. L. von hier verdanke.

Bei einem hochgradigen Morphinisten, der bis auf's Aeusserste abgemagert und mit zahlreichen, über handtellergrossen Decubitusgeschwüren behaftet ist, wurde das Orthoform anfänglich in 10 proc. Salbe, späterhin in einer Mischung von Orthoform mit Borsäure āā gebraucht. Es kamen pro Tag durchschnittlich 15 g in Verwendung. Die Decubitusstellen zeigten gutes Aussehen und auch Heilungstendenz.

Das Orthoform wird bei dem Patienten seit Mitte März applicirt und sind seit dieser Zeit ungefähr 5600 g verbraucht worden. Der Erfolg trat stets prompt ein und reichte, ob der grossen angewandten Quantitäten, ca. 24 Stunden an. Störungen in Folge Verwendung des Mittels (Intoxication), konnten dabei nicht wahrgenommen werden.

Nach diesen Mittheilungen dürfte kaum ein Zweifel darüber bestehen, dass das Orthoform seit seiner Einführung in die Praxis die Probe gut bestanden hat und die gleich bei der ersten Publication von den Entdeckern Einhorn und Heinz angegebenen Eigenschaften, «bei völliger Ungiftigkeit local vollkommen und dauernd zu anaesthesiren» vollauf besitzt.

Literatur:

1. Einhorn und Heinz: Münch. med. Wochenschr. 1897. No. 34.
2. Neumayer: Münch. med. Wochenschr. 1897. No. 44.
3. Klaussner: Münch. med. Wochenschr. 1897. No. 46.
4. Hirschbruch: Berl. klin. Wochenschr. 1897. No. 51.
5. Kallenberger: Inaug.-Diss. München 1897.
6. Kallenberger: Berl. klin. Wochenschr. 1898. No. 12.
7. Dreyfuss: Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 17.
8. Bezold: Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 26.
9. Kindler: Fortschritte der Medicin. 1898. No. 7.
10. Mosse: Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 25. Discussion von Herzfeld, Jastrowitz, v. Leyden, Goldscheider, A. Fränkel.)
11. Mosse: Deutsche medic. Wochenschr. 1898. No. 26.
12. Lichtwitz et Sabragès: Bulletin médical. 1897. No. 26.
13. Lichtwitz: Bull. med. 1898. No. 7.
14. Lichtwitz: Arch. internat. de Laryng. 1898. No. 1.
15. Boisseau: Gazette hebdom. des sciences médicales de Bordeaux. 1898. No. 51.
16. Tschernogoubov: Semaine médicale. 1897. No. 16.
17. Ginestons: Sem. méd. 1898. No. 20.
18. Bernoud et Garel: Lyon médical. 1898. No 13.
19. Blondel: Revue de Therap. Méd. chir. 1898. No 10.
20. Yonge: British Med. Journ. 1898. 5. II.
21. Bornstein: Zahnärztliche Rundschau. 1898. 15 V.
22. Bonnard: L'odontologie. 1898. 30. V.
23. Korn: Aerztl. Praxis. 1898. No. 13.
24. Loeb: Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1898. 27. I.
25. Noquès: Ann. des maladies des organs genito-urinaires. 1898. S. 347.
26. Schech: Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 26.
27. Bock: Therap. Monatshefte. 1898. S. 413.
28. Jessen: Deutsche zahnärztl. Wochenschr. 1898. No. 10.
29. Hecker: Inaug.-Diss. Berlin, Juli 1898.

Feuilleton.

Zur Standesordnung für die Aerzte Bayerns.

Von einem Landarzte.

Wenn wir — jetzt, da wir vor der Entscheidung zu stehen scheinen — den Entwurf zur Standesordnung und Alles was darüber geschrieben wurde, durchsehen, so herrscht das Gefühl der Befriedigung vor. Im Allgemeinen kann man Zustimmung verzeichnen und nur einzelne Punkte sind weiterer Erörterung bedürftig. Ja wir müssen vor Allem sagen: Dem vorliegenden Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns kann Originalität nicht abgesprochen werden; er ist an kein Muster angelehnt, ist aus der Kenntniss der Verhältnisse herausgewachsen, trägt den Bedürfnissen unseres Landes Rechnung und ist vor Allem nicht aus einer Millionenstadt heraus urbi et orbi dictirt. Mögen auch Manche ihn «unerfreulich» und «reactionär» nennen, ja mögen Andere in vorgeschrittener Ueberlegenheit darüber spotten — wir wissen, dass kein Erstlingswerk vollkommen ist und wissen aber auch: Im Grossen und Ganzen passt die Standesordnung, so wie sie ist, für uns bayerische Aerzte; und ein bischen Particularisten zu sein, wird man uns doch wenigstens da erlauben, wo sich sicherlich nicht Eines für Alle schickt.

Wenn man also im Allgemeinen mit dem Entwurfe einverstanden sein kann, so schliesst das nicht aus, dass Einzelnes verbesserungsbedürftig ist und es kann wohl nicht schaden, wenn gerade über diejenigen Punkte, welche Hofrath Brauser in der No. 38 dieses Blattes berührte, eine Stimme mehr sich vernehmen lässt, zumal eine Stimme, welche die Verhältnisse auf dem Lande wohl zu kennen glaubt.

Wenn wir zunächst den ersten strittigen Punkt, das Verhalten ausserhalb des Berufes, nehmen, so drängen nach unserer Meinung alle Verhältnisse dazu, sich gegen eine Einbeziehung eines solchen Passus auszusprechen. Wir können nicht die hundert Einzelfälle aufführen, die eine solche Bestimmung als Härte oder als Nonsens erscheinen lassen würde, aber das ist sicher: gerade für die Aerzte auf dem Lande würde in ihr eine grosse Gefahr liegen. Anders das Leben und der Verkehr des Arztes in der Stadt, anders auf dem Lande! Wie nahe liegt es, dass von der einen Seite gar manches Harmlose als arger Verstoss der anderen angesehen, dass sich eine Quelle steter Beunruhigung aus der wohlgemeinten Bestimmung ergeben würde. Es liegt doch sicher nicht in der Absicht, eine Standesordnung mit altvorderlichen, zünftigen Regeln zu schaffen, sondern sie soll der heutigen Zeit entsprechend von freierem Geist durchweht sein; was aber passt weniger in die heutige Zeit, als eben die fragliche, in ihren letzten Consequenzen den Arzt in die Steifheit der Vatermörder zurückdrängende Bestimmung? Und was ist vertrauensseliger als zu glauben, man hätte in jener doch wieder dehnbaren Fassung eine Handhabe, um schlechte Elemente fern zu halten? Man lasse das private Verhalten des Arztes aus dem Spiele — Vieles wird sich von selbst regeln und alles Schlechte von sich abschütteln zu wollen, wird keinem Stande je gelingen. — Aber wo der Hebel anzusetzen ist, das ist das collegiale Verhalten des Arztes, so wie es insbesondere in Ziffer 12, 13 und 14 inbegriffen ist. Die darauf bezüglichen Bestimmungen können nicht streng genug sein und nicht streng genug gehandhabt werden. Denn ein wirklich sittlich inferiorer College wird auch hier seine groben Verstösse machen und wird dann auch ohne Miteinziehung seines Privatlebens seinem Geschicke nicht entgehen.

Was den 2. Punkt anbetrifft, die Bestimmung: Der Arzt muss auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen — so müssen wir uns entschieden für Beibehaltung desselben aussprechen. Hat man der Erfahrungen noch nicht genug mit Kneipp- und anderen Wasser- oder sonstigen Aerzten, kurz mit den unendlichen traurigen Erscheinungen, dass sich Aerzte in den Dienst der Curpfuscherei begeben? Streben wir vielleicht ein Curpfuschereiverbot an, um im eigenen Lager die Curpfuscher zu patentiren? Und was die Homoeopathie betrifft, so getraue man sich doch auch gegen diese wissenschaftlich unhaltbare, wenn auch gewissen Gesellschaftskreisen so sympathische Erscheinung Stellung zu nehmen. Jeder Arzt weiss, wie es um diese Lehre steht und gerade die Aerzte des flachen Landes und kleiner Städte wissen von Homoeopathen zu erzählen, denen in Ausübung ihrer Specialität Alles näher lag als eine innere Ueberzeugung. Man spricht bei den

ausserhalb der Kreise der wissenschaftlichen Medicin stehenden Heilkünstlern (oder wie man sie nennen will) so gerne in verächtlichem Tone von der «Schulmedicin». Ja es ist die Schulmedicin, die allein maassgebend ist; nur bei Einem kann die Wahrheit liegen und dieses Eine ist die auf wissenschaftlicher Forschung begründete Medicin, wie sie auf der Hochschule gelehrt wird, die Schulmedicin. Sie allein hat das Recht, sich als die Vertreterin der medicinischen Wissenschaft zu betrachten. Und so wahre sie sich denn auch dieses Recht! Unseres Erachtens steht und fällt mit der Ziffer A. 2 die ganze Standesordnung der «Aerzte» Bayerns.

Ueber die Frage, ob Specialisten auch andere Praxis ausüben sollen oder nicht, kann man verschiedener Ansicht sein. Freilich muss man sagen, dass es, nachdem durch ein eigenes Specialexamen der Specialist auf eine quasi höhere Stufe gestellt werden soll, es billig erscheint, dass er bei seinem Fache bleibe. Und vielleicht dürfen wir es auch unverhohlen aussprechen: Es ist im Interesse der gesammten Medicin und ihres einheitlichen Charakters zu wünschen, dass wenigstens das Land noch lange von dem übertriebenen Specialistenwesen verschont bleibe; aus diesem Grunde würden wir für Beibehaltung des Wortlautes des Entwurfes stimmen.

Daran mag sich vielleicht in nicht zu fernliegender Gedankenverbindung der Wunsch reihen, dass in Ziffer 6 der Satz: «ausgenommen zu akademischen Lehrzwecken», wie das auch schon die oberbayerische Aerztekammer ausgesprochen hat, fortfallen möge.

Was Ziffer 11 betrifft, so mag sie fallen. Uns dünkt der Unfug des Verkaufens der Praxis — der Unehrenhaftigkeit kann man ein solches Vorgehen eben doch nicht beschuldigen — ist schon tiefer eingewurzelt, als man nach der Kürze der Zeit, in der er besteht, glauben möchte. Wo ist die Grenze, wo bietet sich die Handhabe? Wir meinen, die Zeit, in der man das Diphtherieheilserum sozusagen patentirt, ist nicht dazu angethan, den Kleinen etwas anzuhängen.

Den Absatz III von unserem Standpunkte aus corrigiren zu wollen wäre unberechtigt. Das Institut der ärztlichen Consilien hat seine Wurzeln in der Stadt; auf dem Lande sind sie gewissermaassen nachgeahmt und wir denken, es kann den Aerzten auf dem Lande nur nützen, die Courtoisie der Städter herüber zu nehmen. Was den Kern dieses Absatzes III, die Ziffer 1 anlangt, kann man nur damit einverstanden sein — freilich unter der Voraussetzung, dass auch hohe Autoritäten, soferne sie überhaupt in der ärztlichen Praxis stehen, nicht das gegentheilige Beispiel geben, wie es da oder dort vorgekommen sein soll; denn nicht nur die Noblesse allein ist es, die verpflichtet. Die Einzelnheiten freilich, die, wir gestehen es, z. B. in Ziffer 26 und 27 etwas komisch wirken, mögen anders formulirt werden. Allein die Competenz darüber gebührt, wie gesagt, den geborenen Consiliariis, den städtischen Aerzten.

Anders steht es wieder mit jener mit der ganzen Standesordnung zusammenhängenden Frage des Zwangsbeitrittes zu den Bezirksvereinen. Hier können wir ein sicheres Wort mitsprechen und unsere Erfahrungen müssen sich gewiss für den Zwangsbeitritt entscheiden. Wo die Möglichkeit gegeben ist, dass sich schlechte Elemente schon von vornherein der Disciplin entziehen, da hat eine Standesordnung ihre Berechtigung nahezu verloren. Einen Zwangsbeitritt schaffen, das bewegt sich im Rahmen rechtlicher Möglichkeit; aber eine Disciplin auch gegenüber Solchen üben, die ausserhalb des Vereines stehen, das heisst eigentlich sie nicht üben, sondern sie unberechtigter Weise aufoctroiren. So gut wie in den Städten, gibt es auch auf dem Lande manch' dunkle Existenzen. Diese zum Vereine bringen, heisst sie dem Lichte nähern und manch' ein Gewinn wird dabei herauskommen. Können sie aber das Licht nicht ertragen, dann mögen sie es erdulden, dass man sie abstösst. Das von den Pfälzer Aerzten geforderte Strafmittel des zeitweiligen oder dauernden Ausschlusses aus dem Vereine und dem collegialen Verkehre ist eben die nicht zu umgehende auch nicht zu scheuende Consequenz des Zwangsbeitrittes.

Das sind die von Hofrath Brauser in richtiger Weise als strittig angeregten Punkte. Wir erwarten die Entscheidung über dieselben vertrauensvoll vom erweiterten Obermedicinalausschuss. Aber im Gegensatze zum Collegen Demuth hoffen wir eine baldige Entscheidung i. e. ein baldiges Inkrafttreten der Standesordnung. Erörterungen und Feilungen haben ihre Grenzen; wie leicht enden sie mit Zerfahrenheit! So wie der Entwurf vorliegt, ist sein Kern aus einheitlichem, vertrauenerregendem Gusse. Als Männer der Praxis stehen wir auf dem Standpunkte, dass mehr als weitere theoretische Erwägungen die Erfahrung nützen wird.

Bogen, am 7. October 1898. Dr. Julius Mayr.

Referate und Bücheranzeigen.

Th. **Schott**-Nauheim: **Zur acuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung.** Nebst einem Anhange über Beobachtungen mit Röntgenstrahlen. 3. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1898. Preis 1,60 Mk.

Sch. studirte, um die Frage über die acute Herzdilatation zu klären, den Einfluss vorübergehender starker Muskelleistungen, indem er kräftige, gesunde Männer eine bestimmte Zeit ringen liess. Dabei zeigten sich, wie Verfasser an vielen Pulscurven und Zeichnungen von Herzfiguren nachweist, ausser beträchtlicher Dyspnoe, sogar Cyanose, eine acut einsetzende Verbreiterung der Herzdämpfung um 1 bis mehrere cm nach aussen, eine oft ganz beträchtliche — bis 5 ½ cm — Wanderung des Spitzenstosses nach der Axilla hin, eine Steigerung der Athemfrequenz bis auf mehr als das Doppelte, ein anfängliches Steigen, späteres Herabsinken des Blutdruckes um 10—20 mm Hg. Die Höhe der Pulswellen wies bedeutende Veränderungen gegenüber der Ruhe auf (grössere Ascension, stärkere Discrotie, manchmal Arhythmie). Zu Grunde liegt diesen Erscheinungen eine acute Stauungsdilatation, die also bei Gesunden nachweisbar ist. Liess Sch. die Ringer sich einen Gürtel um den Leib schnüren, so waren die Störungen noch hochgradiger und gingen langsamer zur Norm zurück.

Den Einfluss starker Muskelanstrengungen auf das schon kranke Herz illustrirt Verfasser an mehreren seiner Praxis entstammenden Krankengeschichten. Die Behandlung bestand in kohlensauren Thermalbädern und Widerstandsgymnastik. Gewiss mit Recht betont Sch., dass in den excessiven Ausübungen der Sporte eine Ursache für die nicht seltenen Fälle acuter Herzdilatation liegt.

Die Verbreiterung des Herzens durch Ringen oder Radfahren lässt sich objectiv auch mittelst der Röntgenphotographie demonstriren. Sch. fügt seiner Abhandlung einige solche Aufnahmen bei, die wohl durch die Reproduction an Schärfe verloren haben.

Dr. Grassmann-München.

Dr. med. **Volland** in Davos-Dorf: **Die Lungenschwindsucht, ihre Entstehung, Verhütung, Behandlung und Heilung.** Tübingen 1898, Osiander'sche Verlagsbuchhandlung. Preis M. 2.80.

Das vorliegende Buch gibt ein sehr anschauliches Bild von des Verfassers langen Erfahrungen über Lungentuberculose, und zwar rubricirt Verfasser diese Erfahrungen unter die oben genannten Capitel.

Bestimmt sind die Ausführungen für Aerzte und Laien; man fühlt aber bald, dass Verfasser hauptsächlich für Nichtärzte schreibt, zum Mindesten ist das für das behandelte Thema äusserst überflüssige Phantasiebildchen auf dem Titelblatt für das «grosse Publicum» bestimmt. Doch findet auch der wissenschaftliche Arzt in der Broschüre viel Anregung, freilich meistens Anregung zu Widerspruch.

Verfasser entwickelt erst seine Ansicht über Entstehung der Krankheit: Die Tuberculose — eine Infectionskrankheit — ist entweder vererbt oder im frühen Kindesalter erworben.

«Die Ansteckung im späteren Leben gehört zu den Seltenheiten.»

Bei der Erwerbung der Tuberculose spielt die Disposition eine nothwendige Rolle. Die Infection selbst geschieht weder nach Flügge noch nach Cornet, beide Möglichkeiten gelten dem Verfasser für ausgeschlossen, auch nicht durch den Darm, sondern die Kinder haben sich das «Gift», wo es nicht direct vererbt ist, meist mit der Skrophulose einverleibt, d. h. in die «wunde» Haut eingerieben; die Skrophulose entsteht so, dass Kinder mit laufender Nase und macerirter oder excoriirter Haut sich mit ihren Fingerchen den Schmutz in diese wunden Stellen einreiben; darauf schwellen die regionären Lymphdrüsen an, auch die «Hals»-Lymphdrüsen betheiligen sich und «so entsteht das Bild der Skrophulose». Folgerichtig zählt Verfasser auch die anderen infectiösen Drüsentumoren (nach «Halsentzündung») zu den skrophulösen Drüsen; der Tuberculose dringend verdächtig seien nur die bestehen bleibenden Drüsenschwellungen.

Es ist hier nicht der Platz, über die unentschiedene Frage des Infectionsmodus sich weiter auszulassen; sicher erscheint, dass die Vorstellungen des Verfassers darüber recht naive sind; die abenteuerlichen Ideen vollends über das Wesen der Skrophulose sind wahrhaft betrübend.

Ist nun das «Tuberkelgift» in den Körper gelangt, so kann es lange Zeit dort schlummern, bis es sich auf irgend eine widerstandslose Stelle wirft, die dann bei einiger Dichtigkeit der Invasion tuberculös erkrankt.

Die Träger der T. B. von einem Ort zum andern sind die Lymphzellen; diese schleppen das «Gift» z. B. von den Halslymphdrüsen auf einem ihnen von dem Verfasser vorgeschriebenen, nicht sehr wahrscheinlichen Wege in die Lungenspitzen. Warum gerade die Lungens pitzen die meist betroffenen sind, versucht Verfasser mit mangelhafter Ernährung derselben und diese durch physikalische Gründe zu erläutern. Nach längerem Denken und einem wohl überflüssigen Versuch mit Schlauchschlingen kommt Verfasser zu der wenig neuen Thatsache, dass im menschlichen Körper das Gesetz der Schwere ebenfalls eine Rolle spielt bei der Vertheilung des Blutes, namentlich wenn die das Blut bewegenden Kräfte nothgelitten haben. Auf die nähere Ansicht über die Vertheilung des Blutes in den Capillaren der Lungenspitzen und die daraus gezogenen Schlüsse nimmt sich Verfasser ein Prioritätsrecht, das ihm voraussichtlich Niemand streitig machen wird. Die weiter noch gebrachten hierher gehörigen anatomischen Erklärungen sind nicht neu. Neu jedoch ist mir die Ansicht, dass «bei allgemeiner Blutarmuth und aufrechter Haltung die Thätigkeit der brusthebenden Muskeln (Athmung in den Lungenspitzen ist gemeint) überflüssig (!) wird und von selbst eingestellt wird, weil sie doch keinen Zweck hätte» (!). Diese Muskeln, um es kurz wieder zu geben, erleiden eine Inactivitätsatrophie und dadurch entsteht der Habitus paralyticus.

Endlich noch eins: Die tuberculösen Rinder inficiren nach Verfasser nicht die Menschen, sondern die Rinder werden von den Menschen inficirt.

Was Verfasser über Verhütnng der Lungenschwindsucht anführt, ist wohl schon längst bekannt; dass Volland die hygienische Ueberwachung der Kinder so ausführlich und energisch betont, ist sehr dankenswerth und verdienstvoll. Im Anschluss an die Verhütung werden «einige Zeichen zur Früherkenntniss» der Krankheit gebracht; leider ist hiebei auf das wichtige Verhalten der Körpertemperatur nicht genügend Rücksicht genommen. Die pathognomonische Bedeutung des verstärkten Stimmfremitus sowie die gleichsinnige Bedeutung des durch erregte Herzaction saccadirten Athmens scheint mir Verfasser doch etwas zu überschätzen.

Der causale Zusammenhang zwischen Herzthätigkeit und saccadirtem Athmen ist durchaus nichts Neues, die von Verfasser dafür gegebene physikalische Erklärung ist meines Erachtens nicht richtig.

Behandlung und Heilung: Sehr anerkennenswerth ist, dass Verfasser hier mit grosser Bestimmtheit die Ruhe des Kranken betont; es ist dies desshalb sehr dankenswerth, weil leider da und dort immer noch die durch Nichts begründete Manier besteht, sogar frisch fiebernde Kranke herumlaufen zu lassen und ihnen die oft dringend erbetene Ruhe zu verwehren; und Verfasser hat wohl ganz Recht, dass bei solcher und ähnlicher Behandlungsart die alte als falsch erwiesene pathologisch-anatomische Vorstellung noch spukt, als sei eine Secretverstopfung der Alveolen das Wesen der Krankheit. Freilich soll das Regime der Ruhe nicht rein schablonenhaft betrieben werden, es muss vielmehr die Individualität des Kranken und die Acuität des Processes mitsprechen; weiterhin scheint uns auch die Forderung übertrieben, einen Pleuritiker immer so lange liegen zu lassen, bis das Reiben verschwunden ist. Es könnte da passiren, dass der Kranke ein halbes Jahr und noch länger im Bett liegt, ohne den gewünschten Effect zu erreichen. Weiteres, worüber man mit dem Verfasser ungefähr der gleichen Meinung sein wird, sei nicht eigens erwähnt. Auch dabei will ich mich nicht besonders aufhalten, dass Verfasser noch immer so wasser-, luft- und milchscheu ist; entschieden Front aber muss gemacht werden gegen folgende Sonderansichten:

1. Wenn Verfasser den Kranken nur essen lassen will, wenn der Kranke Appetit hat, dann dürfte mancher Patient verhungern; wenn immer nur der «Appetit» gepflegt werden soll, kommt man nie zum satt essen; denn das wird Verfasser nicht ändern, dass man sich durch das Essen den Appetit verdirbt.

2. «Der Lungenkranke leidet stets an einiger Blutarmuth» ist falsch, wie jeder Arzt aus initialen Fällen weiss.

3. «Klimatische Behandlung». Wenn es für Verfasser ausgemachte Sache ist, dass nur das Höhenklima, d. h. Davos, zuverlässige Heilung bringt, so ist es das für wissenschaftlich denkende Aerzte immer noch nicht; weder haben die Blutuntersuchungen zu einem entsprechenden Resultat bis jetzt geführt, noch beweisen die breiten Versicherungen des Verfassers irgend etwas, auch das fällt wissenschaftlich nicht in's Gewicht, dass «v. Leyden selbst die Luft des Hochgebirges aus eigener Erfahrung «erquickend» genannt hat.

4. Die Besprechung der Complicationen ist äusserst dürftig ausgefallen; es fehlen vor Allem die wichtigen Complicationen der Tuberculose mit Bronchiectasien, mit Diabetes mellitus, mit Herzkrankheiten, Nierenerkrankungen, Knochentuberculose. Von Magenkrankheiten kannte Verfasser leider nur sein altes zu Schanden gerittenes Steckenpferd: Magenerweiterung mit Magenkatarrh, und doch wäre es so wichtig gewesen, auf die Ernährungsweise der Lungenkranken einzugehen z. B. bei Ulcus ventriculi.

Die Kehlkopftuberculose wird sehr stiefmütterlich kurz behandelt, wahrscheinlich beschäftigt sich Verfasser mit der Besichtigung und Behandlung dieses wichtigen Organes nicht viel. Jedenfalls schwillt, entsprechend behandelt, der Kehlkopf ab und wird nicht «unnöthig» gereizt.

Endlich noch ein Wort über des Verfassers unglückliche Ansichten über Neurasthenie und Hysterie.

Neurasthenie ist durchaus keine «amerikanische Erfindung», ebenso wenig wie Hysterie; beide sind vielmehr functionelle Krankheiten, aber nicht des Magens, wie Verfasser sich einbildet, sondern des Nervensystems. Freilich Krankheiten, die mit Fachkenntniss diagnosticirt sein wollen, nicht ohne Fachkenntniss von Uneingeweihten in der Verlegenheit angenommen werden.

Es ist ja immer sehr dankenswerth, wenn langjährige Erfahrungen und die daraus gewonnenen Ansichten über ein Gebiet veröffentlicht werden; freilich gewinnen die Erfahrungen erst den richtigen Werth, wenn sie von einem wissenschaftlich auf der Höhe stehenden, kritisch veranlagten Mann an den kritisch gesichteten Erfahrungen Anderer und an der wissenschaftlichen Ueberzeugung der Gegenwart gemessen wurden. Fehlt diese sichtende, ordnende Hand, so geht es jenen langen Erfahrungen und Ansichten wie einem langen, nie gekämmten Zopf, beide verfilzen.

Dr. Besold-Falkenstein i. T.

Professor Dohrn: **Die Behandlung des Nachgeburtszeitraumes, für den Gebrauch des praktischen Arztes.** Jena, Gustav Fischer. 1898. Preis 1 M.

Wie viel Unheil kann das unrichtige Verhalten des Arztes im Nachgeburtszeitraume verursachen! Und wie einfach könnte dieses Verhalten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sein, während so oft durch unnöthige oder durch ungeeignete Eingriffe Gesundheit und Leben der Frischentbundenen in Gefahr kommen. Auf das Dringendste ist desshalb dem klar geschriebenen und mit übersichtlichen Bildern versehenen Aufsatze die weiteste Verbreitung zu wünschen.

Klein-München.

Sanitätsgeschichte des russisch-türkischen Krieges 1877/78 in Bulgarien und Armenien. Bearbeitet von Dr. **Paul Myrdacz**, k. k. Stabsarzt, ständigem Mitgliede des Militär-Sanitäts-Comité. Mit 1 Kartenskizze als Beilage und 2 Kartenskizzen im Texte. Wien. Verlag von Josef Šafář 1898. Preis 3 Mk. 40 Pf.

Es ist dieses das XI. (Schluss)-Heft der Beiträge zur Kenntniss des Militär-Sanitätswesens der europäischen Grossmächte und des Sanitätsdienstes in den wichtigsten Feldzügen der neuesten Zeit. Der russisch-türkische Krieg 1877/78 — in Europa und Asien gleichzeitig entbrannt — ist ausser dem Umstande, dass bei der einen kriegführenden Partei, den Türken, ein geregeltes Sanitätswesen gänzlich fehlte, noch dadurch bemerkenswerth, dass auch der russische Sanitätsdienst, trotz reichlicher Ausstattung mit Personal und Material, gegenüber den Anforderungen eines Feldzuges in ressourcenarmer Gegend, beim Vorwalten ungünstiger

Witterungsextreme und angesichts verheerender Seuchen mit ungeheueren Schwierigkeiten zu kämpfen hatte, deren Besiegung durch den Mangel einer einheitlichen, fachgemässen Oberleitung wesentlich erschwert wurde.

Wir sehen den Sanitätsdienst bei dem Uebergang der Russen über die Donau und dem Vorstosse über den Balkan, bei der Erstürmung von Nikopol, in den Schlachten bei Plewna und bei der Vertheidigung des Schibkapasses eingehend beschrieben. In sämmtlichen activirten Kriegshospitälern wurden 444,417 Mann, (Kranke und Verwundete) aufgenommen, behandelt und nach kürzerem oder längerem Aufenthalte evacuirt. Von den Behandelten starben 34,336 = 113,3 Prom.

In einem eigenen Capitel ist der Kriegsschauplatz in Armenien und die Thätigkeit der Sanitätstruppen bei der Erstürmung von Ardagan und in dem Treffen bei Siwin u. s. w. vor Augen geführt. Man kann bei dem Studium der einzelnen Phasen des Sanitätsdienstes mit vollem Rechte sagen, dass der amtliche russische Sanitätsdienst ohne das selbständige Eingreifen der freiwilligen Sanitätspflege, in erster Linie der russischen Gesellschaft vom rothen Kreuze, nicht im Stande gewesen wäre, das russische Heer geradezu vor einer Katastrophe zu bewahren.

Seydel.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 39 und 40.

No. 39. J. Grekoff-Petersburg: **Ueber die Deckung von Schädeldefecten mit ausgeglühtem Knochen.**

In dem Wunsch, für die knöcherne Ausfüllung eines Defectes ein Verfahren auszuarbeiten, das leicht anwendbar ist und der Norm entsprechende Verhältnisse schafft, hat Gr. nach Barth's Vorschlag ausgeglühte Thierknochen als Material verwendet (am besten spongiöse Knochen) und in 2 Fällen beim Menschen erprobt. Bei beiden (dem kindlichen Alter angehörenden) Patienten ergibt die Percussion 5 resp. 7½ Monate nach der Operation Knochenschall, der Druck auf die Stelle des früheren Defectes ruft weder Nachgiebigkeit noch Beweglichkeit der den Defect ausfüllenden harten Masse aus und hält sich Gr. danach und auf Grund der Barth'schen Versuche für berechtigt, den Beweis für die Möglichkeit einer Knochenneubildung auf dem Boden eines ausgeglühten Knochens auch bei älteren Defecten für gegeben zu erachten; auch die Ungefährlichkeit und Einfachheit dieses operativen Eingriffs dürfte nach Gr. zu seiner allgemeinen Verbreitung beitragen.

No. 40. S. Kofmann-Odessa: **Blutleere als Localanaesthesie.**

Bei der Anwendung der Oberst'schen Localanaesthesie, deren Wirksamkeit K. völlig anerkennt, fiel ihm auf, dass ein Abwarten von wenigstens 10 Minuten nöthig ist, d. h. dass die Anaesthesie eng an die Blutleere gebunden sei. K. versuchte desshalb, zunächst bei einer Ganglionexstirpation und einer Nadelextraction aus dem M. interosseus des Kleinfingers mit völligem Erfolg nur die Blutleere als Localanaestheticum anzuwenden und empfiehlt sie speciell für Panaritien, Sehnenerkrankungen, Onychien etc., indem man die hocherhobene Extremität mit dem Schlauch umschlingt, dann antiseptisch reinigt und erst, wenn völlige Ischaemie eingetreten, die Operation ausführt. K. legt bei Finger- resp. Zehenoperationen den Schlauch um Hand und Fuss, da er einmal Druckgangraen an der Constrictionsstelle an der grossen Zehe sah. Seitdem K. diese Methode anwendet, macht er von der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie nur bei Operationen an Rumpf und Kopf Anwendung.

Schreiber.

Centralblatt für Gynäkologie, No. 40, 1898.

1) Max Madlener-Kempten: **Zur Technik der Entfernung von Scheidenpessarien.**

M. empfiehlt zur Entfernung von fixirten ringförmigen und flügelförmigen Pessarien die Gigli'sche Drahtsäge, die sich ihm in 2 Fällen, wo die Pessarien 2½, bezw. 5½ Jahre in der Vagina lagen, gut bewährt hat. Er führte das eine Ende des Drahtes mittels einer Deschamp'schen Nadel um den vorliegenden Pessartheil herum und durchsägte diesen, worauf die Extraction mühelos und ohne Narkose gelang. In M.'s Fällen handelte es sich beide Male um Zwanck'sche Flügelpessare.

2) G. M. Edebohls-New-York: **Wanderniere und Appendicitis: deren häufige Coëxistenz und deren simultane Operation mittels Lumbalschnitt.**

Schon 1894 hatte E. auf den causalen Nexus zwischen Wanderniere und Appendicitis aufmerksam gemacht. Seine weiteren Erfahrungen haben diese Annahme nur bestätigt E. stellt jetzt geradezu den Satz auf, dass bei Frauen, denen ihre Wanderniere Beschwerden macht, die chronische Appendicitis so gut wie immer existirt; letztere ist das constanteste einzelne Symptom, oder die constanteste Folge der Symptome erzeugenden rechten Wanderniere. Der Schmerz in der rechten Seite, über den Kranke mit rechter Wanderniere klagen, hat seinen Sitz nicht in der Niere, sondern im kranken Proc. vermiformis. Die Frage nach der Indication für die Nephropexie bei Wanderniere beantwortet sich für E. nach dem Zustand des Appendix. Ist sie gesund, so kann die Operation getrost unterbleiben; existirt Appendicitis, so muss entweder die Appendix entfernt oder die Niere fixirt werden, oder beides geschehen. Von 88 nephropexirten Kranken litten wenigstens 58 (66 Proc.) an Appendicitis. Hiervon genasen 12 nach der Nephropexie ohne weitere Behandlung vollständig auch von ihrer Appendicitis, 24 Fälle wurden operativ davon geheilt, 22 litten bei der letzten Untersuchung noch an chronischer Appendicitis.

Zur gleichzeitigen Appendixoperation und Nephropexie empfiehlt E. den Lumbalschnitt, mit dem er in 4 Fällen operirt hat. Nach Eröffnung des Peritoneums wird zuerst die Appendix excidirt, hierauf das Peritoneum wieder geschlossen und zuletzt die Niere angenäht. In den 4 Fällen erfolgte glatte Heilung.

Jaffé-Hamburg.

Archiv für Kinderheilkunde. 25. Bd. Heft 3 u. 4.

H. Wolf und J. Friedjung: **Zur Würdigung der Magenverdauung im Säuglingsalter.** (Aus der Kinderspitalabtheilung der allgemeinen Poliklinik in Wien.)

Nach einem Hinweis auf die starke Incongruenz der Angaben früherer Autoren über die Chemie des Säuglingsmagens geben W. u. F. ihre Resultate, die sie bei der Untersuchung des Mageninhalts von 97 Kindern im Alter von 10 Tagen bis 21 Monaten gemacht. Untersucht wurde auf Reaction, freie Säure, Salzsäure, Milchsäure, Gesammtacidität, Pepsin, Labenzym, Butter-, Essigsäure, Amylum, Producte der Eiweissverdauung. Es fanden sich nun bei den verschiedenen Erkrankungen nie charakteristische Befunde, die Ergebnisse waren ganz regellos und verschieden, auch bei ein und derselben Krankheitsform wurde keine Uebereinstimmung der chemischen Resultate gefunden. — Bei einigen magendarmgesunden Kindern fand sich im nüchternen Zustand der Magensaft stets neutral, bei der Verdauung sauer, aber nur durch Milchsäure; freie Salzsäure, Labenzym, Pepsin fehlten. Die Verf. schliessen, dass beim Säugling die Magenverdauung keine sehr hervorragende Rolle spiele, und dass sich aus der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes allein noch keine diagnostischen, therapeutischen oder prognostischen Directiven ergeben.

L. Bernhard-Berlin: **Ueber embolischen Infarct der Niere.**

Pathologisch-anatomische Beschreibung eines derartigen Falles bei einem 4monatlichen Kind. Verursacht wurde der Infarct durch Endocarditis; in der linken Niere hatte er sich tumorartig abgegrenzt und eigenthümliche regressive Veränderungen (cf. Original) eingegangen.

N. v. Etlinger-Petersburg: **Zur Casuistik des Morbus maculosus Werlhofii (Purpura haemorrhagica) im Säuglingsalter.**

Verf. beschreibt in extenso einen bei einem 2monatlichen Kinde letal verlaufenen Fall, mit Sectionsbericht und Epikrise.

Prof. Hirschberg-Berlin: **Der Kampf gegen die Volkskrankheit Trachoma.**

Kurze Bemerkungen über die Wichtigkeit der Prophylaxe und allgemeiner hygienischer und socialer Maassregeln in Trachomgegenden.

Poliektow-Moskau: **Die Intubation beim Croup in der Privatpraxis.**

Im Anschluss an drei eigene Fälle mit gutem Ausgang spricht sich Verf. für die Vornahme der Intubation auch im Hause aus, da selbe jetzt durch gleichzeitige Serumanwendung, das verbesserte Instrumentarium, zumal wenn einige Zeit nach der Intubation ein Arzt zur Verfügung steht, viel leichter durchgeführt werden kann als früher.

Th. Hamburger: **Ueber Mastdarmtemperatur beim Kinde.** (Aus der Poliklinik des Privatdocenten H. Neumann in Berlin.)

Die bisherigen ungenauen und nicht übereinstimmenden Angaben über die Mastdarmtemperatur gehen aus der ungenügenden Art der Anwendung des Thermometers hervor. H. stellte nun fest, dass eine constante Temperatur erst gemessen werden kann, wenn man das Thermometer zehn Centimeter tief — von der Analöffnung aus gemessen — in das Rectum einführt; diese Methode, von ihm durchgeführt, ist nicht unangenehmer oder schwieriger als das meist geübte Verfahren, das Thermometer nur 3—5 cm tief einzustecken. Bei der tiefen Messung ist die Temperatur etwas höher, wie gesagt constant, und man hat neben der grössten Genauigkeit den Vortheil, dass das Quecksilber in 2 Minuten den höchsten Stand erreicht. Sogenannte Minutenthermometer besitzen keine Vorzüge vor den gewöhnlichen. Bei Messungen in der Achselhöhle ist zu der gefundenen Temperatur zur Ermittelung des wirklichen Werths der Eigenwärme mindestens ½° C. zu addiren.

Schmuckler-Kiew: **Die Onanie im Kindesalter.**

Neben Besprechung alles über Onanie Bekannten hebt Verf. hervor, dass das Uebel im Hause zuerst auftrete und sich verbreite, die Ansteckung durch die Schule sei secundärer Natur. Besserung sei am meisten zu erwarten von entsprechender häuslicher Hygiene und Aufklärung der Frauen über Kinderhygiene.

Voigt-Hamburg: **Impfbericht von 1897.** Referate.

Lichtenstein-München.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. 28. Bd. 2. Heft.

Hugo Schmidt: **Ueber die Vorgänge beim Ranzigwerden und den Einfluss des Rahmpasteurisirens auf die Haltbarkeit der Butter.** (Hyg. Institut Göttingen.)

Die Veränderung der Acidität und Rancidität, des Keimgehalts, wurde bei Butterproben untersucht, die theils aus nicht pasteurisirtem, theils aus bei 70—75, theils bei 90—95° pasteurisirtem Rahm hergestellt waren. Die Proben boten im Geschmack grosse Unterschiede dar, aber alle 3 waren wohlschmeckend, die Keimzahl der Butter aus erhitztem Rahm war stark vermindert.

In allen Versuchen stieg der Keimgehalt steil an und erreichte am 20.—40. Tag den Höhepunkt (mit Ausnahme der Proben im Sonnenlicht, deren Keimgehalt rasch zurückging), der Säuregehalt steigt erst langsam, dann rascher und nimmt auch noch zu, wenn der Gehalt an aëroben Bacterien sinkt. Vielleicht handelt es sich um ein Bacterienferment, das nach Absterben der Bacterien rasch wirkt. Gesalzene Butter verhält sich ähnlich wie ungesalzene.

Die beste Haltbarkeit erreicht man durch Verbindung des Rahmpasteurisirens mit dem Salzen der Butter und dem Aufbewahren in der Kälte. Derart behandelte Butter war nach 15 Tagen noch normal, am 30. Tag erst ganz schwach ranzig, aber selbst am 70. Tag noch geniessbar. Soweit die gleichen Fragen gestellt wurden, stimmten die Ergebnisse mit den vom Ref. in Würzburg gemachten und auf dem internationalen Congress in Madrid vorgetragenen Befunden überein.

Nikolaus Thiltges: **Beitrag zum Studium der Immunität des Huhnes und der Taube gegen den Bacillus des Milzbrandes.** (Institut für Bact. und pathol. Anatomie Löwen.)

Die Immunität des Huhns gegen Milzbrand beruht beim Fehlen von Phagocytose in allererster Linie auf der keimtödtenden Wirkung des Hühnerserums. Besonders schön sieht man diese Wirkung bei subcutaner Impfung. Die Taube besitzt die bactericide Kraft des Serums nur sehr schwach, dagegen ist bei ihr die Phagocytose kräftig entwickelt.

Georg Engelhardt: **Ueber die Einwirkung künstlich erhöhter Temperaturen auf den Verlauf der Staphylomykose.** (Aus der Heidelberger chirurg. Klinik.)

Der Wärmestich beeinflusst den Verlauf der Staphylomykose in günstigem Sinn, besonders bei intravenöser Infection — doch ist meist nur Lebensverlängerung, nicht Lebensrettung zu constatiren. Vielleicht ist eine Steigerung der Leukocytose bei den geimpften und gestochenen Thieren Schuld an der Verbesserung des Krankheitsverlaufs.

Symanski: **Ueber die Desinfection von Wohnräumen mit Formaldehyd vermittels des Autoclaven und der Schering'schen Lampe «Aesculap».** (Hyg. Institut Königsberg i. Pr.)

Die Resultate — die im Original näher einzusehen sind — ergaben eine Ueberlegenheit der Formalindesinfection von Wohnräumen mittels des Autoclaven gegenüber der mit dem Schering'schen «Aesculap». Die Resultate waren aber mit beiden Apparaten nicht sehr gut.

Ivo Bandi und Francesco Stagnitta Balistreri: **Die Verbreitung der Bubonenpest durch den Verdauungsweg.** (Städt. Laboratorium für Mikroskopie Messina.)

Während im Gegensatz zu französischen Autoren die Proteïne und Stoffwechselproducte des Pestbacillus als wenig giftig befunden wurden, erweist sich der Pestbacillus als sehr geeignet, vom Magendarmcanal aus empfängliche Thiere zu inficiren. Es zeigen sich dabei in sehr verschiedenen inneren Organen (auch der Lunge) Knoten, die an chronisch tuberculöse Producte mahnen.

Vagedes: **Experimentelle Prüfung der Virulenz von Tuberkelbacillen.** (Institut für Infectionskrankh. Berlin.)

Der Verfasser hat 28 verschiedene Stämme von Tuberkelbacillen vom Menschen und 2 vom Thier (Perlsucht) isolirt, meist aus Caverneneiter und aus Lungenknoten. Die Virulenz für Thiere erwies sich als sehr verschieden. War ein Stamm für Kaninchen hochvirulent, so war es gleich, ob eine Infection in's Auge oder subcutan oder intravenös vorgenommen wurde, und solche Culturen waren dann auch stets für Ratten sehr virulent.

K. B. Lehmann.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 41

1) Rud. Virchow-Berlin: **Die neueren Fortschritte in der Wissenschaft und ihr Einfluss auf Medicin und Chirurgie.** Huxley lecture. (Schluss folgt.)

2) Nasse-Berlin: **Ein Fall von Luxatio humeri infraclavicularis irreponibilis.**

Cfr. Referat pag. 1013 der Münch. med. Wochenschrift.

3) Ad. Schmidt-Bonn: **Weitere Mittheilungen über Functionsprüfung des Darmes.**

Vergl. den Bericht der Münch. med. Wochenschr. über die diesjährige Naturforscherversammlung in Düsseldorf.

4) A. Schiller-Heidelberg: **Ueber 2 Fälle von primärem, malignem Tumor der Epiglottis.** (Schluss folgt.)

5) A. Martin: **Ueber Exstirpatio vaginae.**

Cfr. Bericht der Münch. med. Wochenschr. über die diesjährige Naturforscherversammlung in Düsseldorf, geburtshilfliche Section.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1898. No. 41.

1) Burghardt: **Ueber Pyrosal und Phenosol.** (Aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin.)

Nach einem am 11. Juli 1898 im Verein für innere Medicin zu Berlin gehaltenen Vortrage. Referat siehe diese Wochenschrift No. 29, pag. 942.

2) Th. Escherich: **Die Bedeutung der Bacterien in der Aetiologie der Magendarmerkrankungen der Säuglinge.** (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Graz.)

Schluss aus No. 40. Referat siehe diese Wochenschrift No. 40, pag. 1296.

3) M. A. Lunz: **Ein Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie.** (Aus der Nervenabtheilung des I. städt. Krankenhauses in Moskau.)

Der beschriebene Fall ist als eine atypische Syringomyelie zu bezeichnen, da von den Cardinalsymptomen zwar die partielle elective Sensibilitätsstörung und die trophischen Störungen vorhanden sind, statt der Muskelatrophie der ergriffenen linken oberen Extremität aber eine Hypertrophie des Gliedes besteht. Die Vergrösserung der Extremität ist auf Rechnung der Weichtheile sowohl wie der Knochen zu Stande gekommen, welch' letztere grosse Aehnlichkeit mit den von Schlesinger bei der Akromegalie gefundenen Veränderungen zeigen.

4) J. Bresler-Freiburg i. Schl.: **Das Wesen der Paranoia — Verrücktheit.**

B. versucht eine Umgrenzung des von den verschiedenen Autoren allzuweit gefassten Begriffes «Paranoia». Vor Allem ist derselbe nur auf chronische Zustände anwendbar und ist logischer Weise der Begriff der Verrücktheit zu beschränken auf den mit Grössenwahn combinirten Verfolgungswahn, denjenigen Wahn, bei welchem das «Ich» gänzlich verschoben (verrückt) ist, während er für die übrigen Formen, bei denen der Kranke trotz seiner Verfolgungsvorstellungen und Sinnestäuschungen ein unversehrtes Ich, das normale Bewusstsein seines Körpers, Namens, Standes u. s. w. besitzt, die Bezeichnung «chronischer Verfolgungswahn» oder «chronischer Wahnsinn» vorschlägt.

5) L. Linkenheld-Ems: **Zwei Fälle von Kehlkopfschwindel (Ictus laryngis).**

Die Bezeichnung «Kehlkopfschwindel» stammt von Charcot (vertige laryngé); die Symptome sind: Kitzelgefühl im Halse, Husten, kurzer Ohnmachtsanfall mit nachfolgendem Wohlbefinden und wird das Zustandekommen dieser Anfälle so erklärt, dass in Folge Reizung des Nervus laryngeus superior plötzlicher Stillstand der Respiration und der Allgemeinbewegungen stattfindet oder aber mit Hervorkehrung der vasomotorischen Störungen plötzlicher Herzstillstand mit consecutiver Gehirnanaemie. In den beiden beschriebenen Fällen werden als locale, zu einer Auslösung der peripheren Vagusreizung führende Ursachen die Nicotinwirkung auf die Rachenschleimhaut und mechanische Reizung der hintern Kehlkopfwand durch herabfliessenden Nasenschleim angeführt.

6) **Aus der ärztlichen Praxis:**

a) C. Longard-Aachen: **Ein Fall von Blasen- und Urethersteín.**

b) v. Linstow-Göttingen: **Röntgenstrahlen als Entdecker feinster Glassplitter im menschlichen Körper.**

c) Eugen Peiser-Breslau: **Ein Fall von Akromegalie.** Casuistische Mittheilungen.

F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 40.

1) Rydygier-Lemberg. **Das erste Jahr des Bestehens der chirurgischen Klinik in Lemberg.**

Eine statistische Uebersicht weist aus, dass an 332 Kranken 314 Operationen in der neuen Klinik, deren bauliche Einrichtung und Betrieb kurz beschrieben wird, ausgeführt wurden. Die Gesammtmortalität betrug 7,4 Proc. Von 5 Myotomien und 10 Ovariotomien starb keine Patientin.

2) H. v. Schroetter-Wien: **Ueber eine seltenere Indication zu einem operativen Eingriff im Larynx.**

Ein 26jähriger Commis, dessen sehr hohe Stimme auffiel, zeigte seit längerer Zeit Athembeschwerden, sowie bei forcirter Inspiration ein eigenthümliches Schnarren. Laryngoskopisch zeigte sich ein etwa haselnussgrosser, glatter, von der linken aryepiglottischen Falte ausgehender Tumor; zugleich beim Inspiriren und Phoniren vollständige Unbeweglichkeit der linken Larynxhälfte. Die Veränderung der Stimme bestand schon seit dem 6. Jahre. Schr. stellte die Diagnose auf linksseitige Recurrensparalyse, vielleicht in Folge tuberculöser Veränderungen an Bronchialdrüsen; den Tumor glaubte er als eine secundär durch die Lähmung entstandene, vorzüglich den Santorini'schen Knorpel betreffende Lageveränderung der aryepiglottischen Falte und des Aryknorpels auffassen zu sollen. Nach Entfernung des Tumors mit der galvanocaustischen Schlinge erwies sich diese Annahme als richtig, der Tumor enthielt den etwas verdickten Santorini'schen Knorpel. Der Erfolg war sowohl bezüglich Erleichterung der Athmung, als Herstellung normaler Configuration im Kehlkopfinnern, ein sehr guter (cfr. die beigegebenen Zeichnungen). Das linke Stimmband zeigte Cadaverstellung, doch erfolgte beim Intoniren vollständiger Glottisverschluss.

3) W. Tieber-Bielitz: **Ueber den Murphyknopf; eine nachtheilige Beobachtung bei der Anwendung desselben.**

Einer 52jährigen Patientin mit incarcerirter Hernie mussten wegen Gangraen 25 cm Darm resecirt werden; dabei Verwendung des Murphyknopfes. 3 Tage später erfolgte unter Collaps und Meteorismus der tödtliche Ausgang. Bei der Section fand sich nicht die vermuthete Peritonitis, sondern eine Obstruction des Lumens des Murphyknopfes durch einen in der Richtung der Längsachse eingekeilten Pflaumenkern. Verfasser empfiehlt daher, bei diesem Verfahren prophylaktisch Magenspülungen anzuwenden und durch Darreichung von ausschliesslich flüssiger Kost die Anhäufung fester Kothmassen zu verhüten.

Dr. Grassmann-München.

Belgische Literatur.

Ch. Fére: **Ueber Amnesie nach Aufregungen.** (Belgique médicale, 7. Juli 1898.)

Amnesie und andere Gedächtnissstörungen treten bei Nervenkranken und hereditär Belasteten nach Traumen, Ermüdung, ja selbst Coïtus auf. Sie folgt auch rein psychischen Aufregungen, welche entweder plötzlich, oder durch längere Zeit den Patienten getroffen haben. Der Verfasser hat eine Frau behandelt, welche niemals an einer Nervenkrankheit gelitten hatte, und mit ihrer sehr geliebten Schwester zusammen lebte. Diese erkrankte und wurde von ihr mit grösster Liebe und Sorge gepflegt. Nach dem Tode der Schwester, blieb die Patientin scheinbar normal, bis die Leiche aus dem Hause weggeführt wurde. Von dem Augenblick ab verlor sie gänzlich die Erinnerung an ihre Schwester. Dieser Zustand dauerte einige Wochen und nach dieser Zeit trat mit einem Traume die Erinnerung plötzlich zurück.

Sano: **Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.** (Belgique médicale, 25. August 1898.)

Der Verfasser beschreibt einen Fall dieser Krankheit, welchen er in Antwerpen beobachtete. Nach einer kurzen Periode, wo Contracturen und andere Reizperioden in den Vordergrund traten, ist Paralyse eingetreten. Am Nacken besteht eine Verdickung: die Muskeln sind stark contrahirt. Ausgesprochene Sensibilitätsstörungen sind am Thorax und Abdomen vorhanden. Nach dem Tode verschwand die Verdickung am Nacken; es hatte sich im Wirbelcanal eine fibrosarkomatöse Geschwulst gebildet, welche die Medulla comprimirte, und von der Dura mater ausging. Wir können die verschiedenen Betrachtungen des Verfassers über Prognose und Behandlung nicht verfolgen, hervorgehoben sei hier, dass Sano die Pachymeningitis als ein einheitliches Krankheitsbild auffasst, welches er vollständig von der Tuberculose oder der syphilitischen Meningitis trennt. Der Process kann in 3 Stadien getheilt werden: 1. Schmerzperiode, 2. paralytische Periode, 3. atrophische Periode.

De Boeck: **Ueber Serumeinspritzungen bei Geisteskranken.** (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Juni 1898).

Die grosse Zahl der Apparate, welche vorgeschlagen wurden zur künstlichen Ernährung Geisteskranker, welche die Aufnahme jeder Flüssigkeit verweigern, zeigt schon wie wenig praktisch die Resultate sind. de B. hat nach Ilberg versucht den Kranken subcutan Flüssigkeit einzuspritzen (künstliches Serum) und bespricht einen Fall, in dem er das Leben auf diese Weise mehrere Wochen erhalten konnte.

Villers: **Pathogenese und Prognose des Delirium tremens.** Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Juni 1898.)

Jacobson aus Copenhagen, glaubt das Delirum von einer Infection abhängig, und zwar vom Pneumococcus, selbst wenn keine eigentliche Pneumonie besteht. Villers kann diese Anschauung nicht annehmen. In Brüssel ist Fieber während des Deliriums sehr selten; Urin ist in 10 Proc. der Fälle eiweisshaltig. Jacobsen beobachtete 13,69 Proc. Todesfälle, Villers in Brüssel dagegen 15 Prom.

R. Wybauw: **Ueber Unabhängigkeit der Herztheile.** (Journal médical de Bruxelles, 15. September 1898.)

Verfasser berichtet in dieser vorläufigen Mittheilung über die Ergebnisse der Experimente, welche er in Kronecker's Laboratorium (Bern) machte. Indem er von Schildkröten den Ventrikel allein mittels einer doppelten, durch die Aorta eingeführten Canüle mit Kochsalzlösung auswusch, beobachtete er, dass der Vagus auf den durchwaschenen Theil seinen hemmenden Einfluss verlor. Auch war der Rhythmus des Ventrikels vom Vorhof und Sinusrhythmus unabhängig geworden. Am künstlich durchbluteten Säugethierherzen beobachtete W. ähnliche Erscheinungen. Er glaubt diese «transversale» Dissociation der Herzbewegungen auf Reizung der Nervengeflechte zurückführen zu müssen; das Vorhandensein abnormer Elemente in der Nährflüssigkeit eines Herztheiles sei also fähig diesen Theil von seiner Abhängigkeit zum Sinus- und Vorhofrhythmus zu lösen, sowie die hemmenden Vaguseinflüsse zu schwächen und zu vernichten.

Bullot: **Ueber Blutcapillargefässe.** (Journal médical de Bruxelles, 1898, No. 28, pag. 341).

Der Verfasser hat die Gewebe mit Carmingelatine injicirt. Die Capillarnetze fehlen in den Drüsenepithelien und den meisten Epithelien. Bei den verschiedenen Thieren hängt die Breite der Gefässe mit der Grösse der Blutkörperchen innig zusammen. Ihre Vertheilung ist für jedes Gewebe charakteristisch und verschieden. Die Neubildung von Capillargefässen kann man am besten an Kaulquappen studiren, wo sie sich aus Endothelverdickungen bilden. Die pathologischen Neubildungen beobachtet man am besten in der Hornhant. Ihre Rückbildung ist niemals vollständig; noch lange Zeit nachdem scheinbare Heilung eingetreten ist, kann man im Gewebe Capillargefässe auffinden.

Bayet: **Ueber den diagnostischen Werth der Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung.** (Journal médical de Bruxelles 18. August 1898.)

Es besteht eine Neigung, die früher so vielfach für diagnostische Zwecke gebrauchte Hg- oder Jodkaliumbehandlung als unzutreffend zu verwerfen. Verfasser glaubt, dass man dazu nicht berechtigt ist. Es muss jedoch hervorgehoben werden: 1. dass syphilitische Erkrankungen bestehen, welche sich bei einer Hg- oder J-Behandlung oft nicht bessern, die sog. tertiäre Psoriasis z. B., sowie gewisse Zungengeschwüre. Umgekehrt darf man nicht ohne Weiteres von einer Heilung nach Hg-Behandlung auf die syphilitische Natur der Krankheit schliessen. So wie Gowers, glaubt B., dass, um einen Schluss ziehen zu können, 1. die Wirkung des Arzneimittels unzweifelhaft klar sein muss, 2. dass ein anderer Grund für die Heilung ausgeschlossen sein muss, 3. dass spontane Heilung nicht hätte auftreten können.

E. d'Haenens: **Myiasis (Fliegenlarven) in der Urethra.** (Annales et Bulletin de la Société de médecine d'Anvers, Juni 1898.)

Ein Kranker, welcher früher am Tripper gelitten hatte, empfand fortwährend ein Kitzelgefühl am hinteren Theile der Urethra. Die Behandlung bestand in Einspritzung von Argent. nitricum 1/4 Prom. Am folgenden Tage verlor Patient eine Larve mit den letzten Urintropfen. Wahrscheinlich war ein Ei mit der Spritze während der Behandlung des Trippers in die Harnröhre gelangt. Merkwürdig ist es, dass das Thier sich normal entwickelte und sich stark an den Wänden festhielt, obwohl es oft dem Strom des Urins widerstehen musste. Aehnliche Fälle wurden schon beschrieben.

C. Jacobs: **Ueber extrauterine Schwangerschaft** (Journal d'accouchements, 26. Juni und 10. Juli 1898.)

Der Verfasser hat eine Reihe von 47 Fällen operirt. Nach ihm soll als pathognomonisch das Auftreten eines Vaginalsecretes anzusehen sein, welches, gewöhnlich nach einigen Metrorrhagien, längere Zeit dauert und etwas blutig gefärbt ist. Er glaubt nicht, dass Krankheiten des Uterus die extrauterine Schwangerschaft begünstigen. Leicht ist die Diagnose erst im zweiten Monat, wenn Krisen auftreten, und auch Tubarhaemorrhagie. Obwohl Fälle ohne Operation zur Heilung gelangten, glaubt Verfasser, dass dieselbe immer so früh als möglich gemacht werden soll.

F. Fraipont: **Ueber die Behandlung des Abortus.** (Ann. de la Soc. médico-chirurgicale de Liège, Juni 1898.)

Saenger hat in Deutschland den Gebrauch des scharfen Löffels bevorzugt in Fällen von unvollständigem Abort, das heisst, wenn Retention von Placentarresten oder Membranen vorhanden ist. Gessner-Erlangen findet diese Handlungsweise gefährlich und verwirft sie. Fraipont gibt Saenger völlig recht, es ist nach ihm ganz unmöglich, mit dem Finger den Uterus genügend zu reinigen; der Finger ist auch sehr schwer desinficirbar, und eine vorsichtige Handhabung des Löffels ist gefahrlos.

Ed. Pergens: **Beitrag zur Kenntniss des Kyanopsis-Blausehens.** (Journal médical de Bruxelles, 28. Juli 1898.)

Der Verfasser gibt einen Fall an, in dem der Patient, ein Potator, nachdem er eines Abends betrunken nach Hause gekommen war, des folgenden Morgens alle Gegenstände blau sah. Die objective Untersuchung der beiden Augen ergab keine nachweisbaren Störungen. Die Hauptfarben von Helmholtz wurden vom Patienten ganz anders aufgefasst wie normal: das Gelbe war dunkel, grün war grau u. s. w. Die Bäume schienen ihm mit Schnee bedeckt zu sein. Auch die Reliefempfindung war gestört. Diese Erscheinungen traten in einer Woche gänzlich zurück. Jene Anomalien sind wahrscheinlich centralen Ursprungs, obwohl peripherische Kyanopsis schon beobachtet wurde. In demselben Artikel gibt P. die Literatur an mit den bekanntesten Fällen von Kyanopsis.

L. van de Wiele: **Statistik der Operationen im Hospital St. Elisabeth in Antwerpen (Dr. Desguin, Oberarzt).** (Ann. de la Société médico-chirurgicale d'Anvers, Juli 1898.)

Aus dieser Statistik verdienen 2 Fälle hervorgehoben zu werden, in welchen es sich um eine tubare Schwangerschaft handelte, mit gleichzeitiger normaler Schwangerschaft. In beiden Fällen trat Abort ein: das Uterusei abortirte zuerst, und das Tubarei platzte einige Tage später. Beide Fälle wurden mit Erfolg operirt.

Dr. R. Wybauw-Brüssel.

Holländische Literatur.

J. F. J. Freericks: **Beitrag zur Kenntniss der Tubenschwangerschaft.** (Weekblad van het Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde, No. 1.)

Krankengeschichte und pathologisch-anatomische Beschreibung eines glücklich operirten Falles von Tubargravidität, bei welchem die betr. Tube sich als tuberculös erkrankt erwies. Nach des Verfassers Angabe ist nur noch ein zweiter Fall in der Literatur bekannt (Oidtmann, Frommel's Jahresber. 1888).

1. H. J. Hamburger: **Der Einfluss venöser Stauung auf Mikroben.** (Ibid No. 2.)

2. C. H. H. Spronk: **Befördert venöse Stauung die Vernichtung von Milzbrandvirus?** (Ibid. No. 7.)

H. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse:

1. Durch venöse Stauung wird die Vernichtung von Milzbrandvirus im Unterhautbindegewebe wesentlich befördert.

2. Venöse Stauung hat keinen merkbaren Einfluss auf die Chemotaxis und auf das Vermögen der weissen Blutkörperchen, Milzbrandbacillen in sich aufzunehmen.

Dagegen wendet sich Spronk, bezeichnet H.'s Schlüsse als falsch und sagt, H. habe durch seine Experimente nur bewiesen, «dass Transsudatflüssigkeit ein guter Nährboden sei, vielleicht ein besserer, als die normale Lymphe».

1. C. E. Fidelis: **Ein Recept gegen Keuchhusten.** (Ibid. No. 4.)

2. Stoeder: **Marfan's Recept gegen Keuchhusten.** (Ibid. No. 5.)

F. beschreibt einen Fall von Vergiftung bei einem Kinde nach der Marfan'schen Verordnung gegen Tussis: Bromoform in Emulsion mit Mandelöl und Gummi arab. und hält diese Art der Bromoformverordnung für gefährlich. Seiner Ansicht wird indessen von Stoeder widersprochen.

C. E. Fiedeldy: **Das Losmachen von Gipsverbänden.** (Ibid. No. 5.)

Nach Aufgiessung von gewöhnlichem Essig lassen sich Gipsverbände viel leichter durchschneiden.

W. J. van Stockum: **Tamponirende Intubation.** (Ibid. No. 6.)

An Stelle der Trendelenburg'schen Tamponcanüle hat St. eine andere nach dem Princip der O'Dwyer'schen Intubationscanüle construiren lassen (Abbildung), die in 2 Fällen mit tiefer Narkose sehr gut functionirte.

G. N. de Voigt: **Die Folgen der Wegnahme der Gallenblase.** (Ibid.)

Beschreibung von Experimenten, die sämmtlich an Hunden ausgeführt wurden und den Verfasser zu folgenden Schlüssen leiteten:

1. Die Exstirpation der Gallenblase verursacht im Organismus keine bleibenden Störungen; nach einiger Zeit entwickelt sich beim Hunde, und wohl auch beim Menschen, ein neuer Sammelplatz für die Galle, der in der Hauptsache den Bau der alten Gallenblase zeigt.

2. Die Cholecystectomie ist darum als Radicaloperation bei Cholelithiasis nicht zu empfehlen, da sie dem Postulate einer Radicaloperation nicht genügt. Sie ist nur indicirt bei Neubildungen oder bei anderen tief eingreifenden Veränderungen der Gallenblasenwandungen.

K. F. Wenckebach: **Die Analyse des unregelmässigen Pulses.** (Ibid. No. 9.)

Anlehnend an die Untersuchungen von Engelmann, resp. dessen Gesetz «von der Erhaltung des physiologischen Herzrhythmus» kommt Verfasser zu der Aufstellung des scheinbar paradoxen Satzes: «Der Pulsus intermittens, also das (scheinbare) Ausfallen eines Pulsschlages ist die Folge des Auftretens einer Extra-Kammercontraction». Er theilt die Arhythmien des Herzens in 2 Gruppen: in solche, bei denen der physiologische Herzrhythmus vorhanden, das Gesetz von Engelmann also in Kraft ist, und in solche, bei denen der Herzrhythmus selbst unregelmässig ist. Zur ersteren rechnet er den wirklichen Pulsus intermittens und fasst seine Schlüsse in folgenden Sätzen zusammen:

1. Extra-Ventrikelcontractionen, wie sie die Physiologen bei ihren Experimenten erzeugen, spielen eine grosse Rolle bei verschiedenen pathologischen Unregelmässigkeiten der Herzthätigkeit.

2. Diese Extra-Systolae verursachen den Pulsus intermittens und andere Unregelmässigkeiten und können selbst bei gesundem Herzen zum Auftreten von (pararhythmischem) Pulsus irregularis, inaequalis und intermittens Veranlassung geben.

3. Von grosser Wichtigkeit für die Beurtheilung eines unregelmässigen Pulses ist es, zu constatiren, dass ein physiologischer Rhythmus der Herzthätigkeit (Engelmann'sches Gesetz) vorhanden ist.

4. Beim Zählen der Pulsfrequenz muss eine Intermission als ein Pulsschlag mitgerechnet werden.

J. E. G. van Emden: **Ueber den Entstehungsort der agglutinirenden Stoffe.** (Boerhave-Laboratorium zu Leiden.) (Ibid. No. 10.)

Die Mittheilungen von Pfeiffer und Marx (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., Bd 17, S. 721) veranlassten Verfasser zu Versuchen an Kaninchen mit dem Bacillus aerogenes (Kruse) oder Bact. lactis aerogenes (Escherich), stammend von einem Cystitiker mit sauerem Urin. Aus den ausführlich mitgetheilten Tabellen geht hervor, dass specifische agglutinirende Stoffe bei Kaninchen nach Unterhautinjectionen mit genanntem Bacillus in den ersten Tagen besonders in der Milz, viel weniger in den Lymphdrüsen und noch weniger im Knochenmark gebildet werden. Einige Tage später findet man sie besonders im Knochenmark und scheint in diesem die Agglutininproduction länger fortzudauern, als in der Milz.

S. Talma: **Ueber Asthma bronchiale.** (Ibid. No. 11.)

Nach T. beruht das Asthma bronchiale auf einem Krampf der Muskeln der Luftwege, der meistens unterdrückt und durch Respirationsgymnastik geheilt werden kann. Er beschreibt die von ihm angewandte Therapie, welche in ausdauernden methodischen Uebungen der In- und Exspiration besteht.

R. S. Hermanides: **Lungenruptur bei Keuchhusten.** (Ibid.)

Beschreibung eines tödtlich verlaufenen Falles (9 Monate altes Kind, das ausserdem vorher an Bronchopneumonie gelitten). Die Diagnose wurde aus der Dyspnoe und einer über dem Jugulum befindlichen, bis zum Ringknorpel reichenden Schwellung auf Ruptur mehrerer Alveoli in das interstitielle Lungengewebe und dadurch verursachtes intralobuläres Emphysem gestellt.

T. Tanja: **Ueber Chemotaxis und Phagocytose bei Malaria.** (Ibid. No. 12.)

Die Untersuchungen von Vincent (Ann. de l'Inst. Pasteur, Dec. 1897) gaben Verfasser Veranlassung zur Behandlung obiger Fragen.

Die Beobachtungen betrafen einen aus Ostindien kommenden Seemann, der mit schwerer, seit Jahren bestehender Malaria in soporösem Zustande in Professor Pel's Krankenabtheilung aufgenommen wurde und später genas. Im Blute fanden sich zahlreiche halbmondförmige (Laveran) und sehr viel sphärische Formen von Plasmodien, beide mit Pigment, das bei den «Halbmonden» vollkommen still in der Mitte lag, bei den sphärischen dagegen sich sehr lebhaft bewegte. Im Centrum der sphärischen Formen lag dieses Pigment in einem kleinen Ring, aus dem fortwährend Körnchen austraten und sich sehr schnell durch den Zellenleib hinbewegten. Gleichzeitig wurde beobachtet, wie Leukocyten zu den sphärischen Formen hinzogen und diese in sich aufnahmen. Ein grosser, sehr feinkörniger, beinahe durchscheinender Leukocyt (ohne sichtbaren Kern) kam mit amoeboider Bewegung auf einen «Halbmond» zu, umging diesen, ohne ihn anzutasten und begab sich zu einem runden Plasmodium. Dieses wurde nun von dessen Zellleib langsam umgeben und vollständig von dem Leukocyten aufgenommen. Die eigenen Contouren des Plasmodiums, noch einige Zeit sichtbar, wurden immer weniger deutlich, so dass schliesslich nur noch ein Häufchen Pigment im Leukocyten zu sehen war.

Diese geschilderte Phagocytose wurde 4 Tage lang genau beobachtet, wobei stets die «Halbmonde» von den Leukocyten verschont blieben.

Der Malariaanfall beginnt mit der völligen Entwicklung der Plasmodien und deren Sporulation. Der menschliche Organismus reagirt darauf mit Fieber und Leukocytose. Beide Symptome lassen an die Möglichkeit denken, dass bei der Sporulation ein chemischer Stoff frei wird, der sowohl die Blutwärme erhöht, als auch mehr Leukocyten aus Milz, Knochenmark und Drüsen hervorlockt. Das Losgehen der Leukocyten auf die Plasmodien ist also als eine positiv-chemische Wirkung zu erklären. Die Gleichgiltigkeit der Leukocyten gegen die halbmondförmigen Formen, die auch Vincent constatirte, steht wohl mit der Thatsache in Verbindung, dass diese «Laveraniae» sich gerade bei der chronischen Malaria am meisten finden. Sie werden darum wohl auch als Dauerformen aufgefasst und ihre grössere Resistenz erklärt sich durch die auch von Laveran, Mannaberg u. A. gemachte Beobachtung, dass sie mit einer deutlichen Membran umgeben sind. Ihre Entstehungsweise ist unbekannt; gegen Chinin sind sie gleich den wirklichen Sporen resistenter als die jungen Formen, welche während eines Fieberanfalles frei werden. Man gibt darum das Chinin am Besten einige Zeit vor einem zu erwartenden Fieberanfall.

Die «Halbmonde» können gleich den Sporen sich wieder zu activen Formen entwickeln und Fieber erzeugen, werden aber dann selbst fassbar für die Wirkung der Phagocyten und chemischen Stoffe (Alexine). Dr. Schloth-Bad Brückenau.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Erlangen**. September 1898.

30. Ebeling Friedrich: Ein Fall von primärem Sarkom des Peritoneums.
31. Glauning Wilhelm: Ueber die conservative und operative Behandlung der Myopie.
32. Purpus Emil: Untersuchungen über die Ausscheidung verschiedener Arzneimittel (salicylsaures Natron und Jodkali) durch den Harn bei Gesunden und Kranken.
33. Bürkel v. Karl: Ueber chronische Milzschwellungen im Kindesalter.

Universität **Giessen**. August und September 1898.

9. Hirschland Leo: Beiträge zur ersten Entwickelung der Mammaorgane beim Menschen.
10. Rosenblatt Ludwig: Der congenitale Hydrocephalus und seine Beziehung zur Geburt.
11. Gleim Ludolf: Ueber die Aetiologie, Therapie und Prognose der Kataracta traumatica.
12. Henckel Friedrich: Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges.
13. Friedrich Heinrich: Ueber den Heilerfolg der operativen Behandlung des chronischen Glaukoms.

Universität **Heidelberg**. September 1898.

14. Voss v. Georg: Ueber die Schwankungen der geistigen Arbeitsleistung.

Universität **Kiel**. September 1898.

55. Baumann Johannes: Ein Fall von Hernia inguino-intermuscularis duplex.
56. Heynen Walther: Ein Fall von primärem Krebs des Ductus choledochus.
57. Mühlhaus Oscar: Zur Behandlung der Aortenaneurysmen.
58. Brunke Alfred: Ueber Darmverschluss durch Gallensteine.
59. Lahs Georg: Ueber leukaemische Erkrankung des Foetus unter dem Bilde des allgemeinen Hydrops.

Universität **München**. September 1898.

131. Meier Anton: Chronischer Alkoholismus bei einem 11jährigen Knaben mit tödtlichem Ausgang. Ein Beitrag zur Casuistik der Todesfälle ohne anatomisch nachweisbare Todesursache.
132. Riedlin Anton: Ein Fall von Hirntumor, ausgehend von der Basis cranii.
133. Hünerfauth Georg: Klinische Beiträge zur Basedow'schen Krankheit. Aus der kgl. medicinischen Klinik zu Breslau 1898.
134. Astor Karl: Ein Fall von Rectumcarcinom mit secundärem Carcinom der Prostata.
135. Laser Eduard: Beiträge zur Lehre von der Complication des Typhus abdominalis mit Septicopyaemie.
136. Seefelder Richard: Beitrag zum klinischen Nachweis der Thymusdrüse.
137. Wendt Erich: Beiträge zur Casuistik der Perityphlitis.
138. Gabler Fritz: Ein Beitrag zur Casuistik der Radicaloperation nach Kocher.
139. Wittich Heinrich: Drei geheilte Fälle von supravaginaler Amputation des myomatösen schwangeren Uterus. Kurze Zusammenstellung aller bisher operirten Fälle.
140. Neudörffer Robert: Dementia paralytica. Tod durch Suffocation. État criblé. Cystöse Degeneration. Meningitis tuberculosa. (Aus der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B.)
141. Wirxel Heinrich: Sarkom der Basis des Schädels mit Einwucherung in den rechten Stirnhirnlappen.
142. Gauss Karl: Beiträge zum Abdominaltyphus der Kinder.
143. Betz Max: Zur Statistik der melanotischen Geschwülste.
144. Colmant Karl: Ein Fall von allgemeiner Sepsis mit ausgebreiteten Metastasen in der Lunge, ausgehend von einem recidivirenden Uteruscarcinom.
145. Goetz Hermann: Ueber einen Fall von Haemophilie.
146. Hönigsberger Max: Ueber die Uterusschleimhaut, speciell deren Epithel, bei Foeten und Neugeborenen.

Universität **Strassburg**. September 1898.

32. Hügel G.: Ueber Acanthosis nigricans (Dypstrophie papillaire et pigmentaire) im Anschluss an einen neuen Fall.
33. Mély Gustav: Ueber das Vorkommen von Bauchbrüchen bei Neugeborenen und ihre geburtshilfliche Bedeutung.
34. Scheib Jacob: Die Nachbehandlung der wegen Hydrocele Operirten mit Hilfe der Hautfaltennaht.
35. Krapf Heinrich: Ueber den Knochenabscess.
36. Kahn-Hut Daniel: Die Operation des grauen Staars in geschlossener Kapsel.

Universität **Tübingen**. August und September 1898.

19. Villinger Friedr.: Die Erkrankungen des Ohrs.
20. Werner Ernst: Zur Casuistik des pulsirenden Exophthalmus.
21. Behrmann Adolf: Ueber einfache chronische Exsudativperitonitis.
22. Deseniss Paul: Zur Frage der gutartigen (hypertrophischen) Pylorusstenose.
23. Hiller Th.: Zur Operation der Nabelbrüche.
24. Koch Hans: Ueber einen pathologisch-anatomisch bemerkenswerthen Fall von Carcinoma ventriculi.
25. Schnitzler Josef: Ueber Osteomalacie unter Mittheilung eines durch Kaiserschnitt und Castration behandelten Falles der Tübinger Frauenklinik.

Vereins- und Congressberichte.

IV. Internationaler Physiologencongress

in Cambridge, 23.—27. August 1898.

(Eigener Bericht.)

Auf dem letzten Physiologencongress, der in Bern gehalten worden war, wurde als Ort der nächsten Versammlung Cambridge gewählt, wo wir im Institut von Professor Forster in liebenswürdigster Weise empfangen wurden. Da auf dem Physiologencongress die meisten Mittheilungen auch mit Experimenten verbunden sind, war es dem Professor sowie seinen Assistenten, besonders Dr. Shore und Dr. Langley, eine schwere Arbeit, Alles beizuschaffen, was für jeden Experimentator nothwendig war, und dennoch war der Congress ausserordentlich gelungen.

Da ich hier nur einen kurzen Bericht geben wollte und da diese Wochenschrift hauptsächlich von praktischen Aerzten gelesen wird, so werde ich nur diejenigen Mittheilungen erwähnen, welche für die praktischen Zwecke ein umittelbares Interesse bieten können und Vorträge speciell physiologischen Inhalts nicht berühren, obwohl es schwer ist, eine scharfe Grenze zu ziehen.

Von grosser Bedeutung für die künftigen Fortschritte der Physiologie könnte die Ausführung des Vorschlags von Professor Marey-Paris sein, der eine allgemeine Regulirung aller in der Physiologie üblichen Apparate und Methoden nothwendig erachtet. Vom Congress wurde zu dem Zweck eine Commission ernannt, welche ihre Arbeiten im Jahre 1900 schliessen wird.

In der Nervenphysiologie bleibt die Localisationsfrage doch noch immer eine der wichtigsten. Schäfer-London hat die motorische Sphäre weiter untersucht. Er bestreitet die Ansichten von Munk und Motl sowie von Demoor, welche glauben, dass im Parietallappen, also in den motorischen Theilen, die Tactempfindungen auch localisirt seien. Er glaubt und beweist experimentell, dass die motorischen Gehirntheile nicht der Sitz der tactilen Empfindungen seien.

J. Demoor-Brüssel hat viele Versuche über die Wichtigkeit der Parietal- und Occipitallappen beim Hunde gemacht. Die Zerstörung der Reg. occipitalis verursacht eine zeitliche psychische Blindheit; das Ausschneiden des Gyrus verursacht Sensibilitätsstörungen, und das Ausschneiden der Reg. parieto temporalis lähmt das Thier nicht, sondern es macht complicirtere zweckmässige Bewegungen, sowie Gedankenassociationen unmöglich. Es bestehen Projections- und Associationscentren im Gehirn. Die ersten sind die einzelnen Centren für jede einzelne Empfindung.

Mann-Oxford beweist das Bestehen von unteren und oberen motorischen Centren im Gehirn. Als untere Centren bezeichnet er Centren, welche einen der einzelnen Gruppen von Muskeln erregen. Das obere Centrum führt complicirte Bewegungen aus, wie Schwimmen, Gehen, Laufen u. s. w. Für das Auge und Ohr bestehen auch solche Bewegungscentren.

Eine der schönsten Mittheilungen war diejenige von Sherrington-Liverpool, welcher bewies, dass die Muskelcontraction auch auf die antagonistischen Muskeln wirkt, indem es diese schwächt, und die günstigsten Umstände für die Contraction geschaffen werden. An einer chloroformirten Katze wird der Patellarreflex rhythmisch hervorgerufen. Der Vortragende reizt das centrale Ende des motorischen Nervs der kniebeugenden Muskel und sofort bleibt der Reflex aus; die Extensoren erschlaffen. Wenn der M. flexor ganz vom Knochen gelöst ist und gereizt wird, so kann die Erschlaffung der Extensoren noch deutlich beobachtet werden, obwohl hier eine directe Wirkung des Muskels auf das Gelenk ganz ausgeschlossen sei. Die Wirkung ist also eine rein nervöse.

Hering-Prag und Sherrington machen einen Versuch, welcher dieselbe Thatsache noch bestätigt. Sie reizen die Cortex cerebri an der Reizstelle der M. flexores brachii bei einem Affen. Die Zuhörer wurden gebeten, die Musculi extensiores zwischen die Finger zu nehmen und fühlten dabei ganz klar, wie, sobald die Flexores vom Gehirn aus gereizt wurden, die Extensores ihren Tonus verlieren, und zwischen den Fingern scheinbar verschwanden. Die vom Gehirn ausgehende Reizung eines Muskels hemmt die antagonistischen Muskeln.

Langley-Cambridge hat an einer Katze 64 Tage vor dem Congress $2^1/_2$ cm vom Halssympathicus und vom Vagus ausgeschnitten, dann hat er das centrale Ende des Vagus mit dem centralen Ende des Sympathicus verbunden. Am Congresstage, schneidet er den Vagus an seinem Austritt aus der Schädelhöhle durch und zeigt nun den mit dem Sympathicus verwachsenen Vagus. Es zeigen sich die gewöhnlichen Reizerscheinungen des Sympathicus, Oeffnung des Auges, Pupillenerweiterung u. s. w.; nach Nicotineinspritzung ist die Vagusreizung nicht mehr wirksam, aber die Reizung der oberen Ganglien wirkt wie vorher. Diese Experimente lehren, dass die Sympathicus- und die Cerebrospinalnerven nicht so wesentlich verschie-

den sind, und dass sie ein ähnliches Leitungsvermögen besitzen.

Wright-Oxford hat gesehen, dass Anaesthesien in den Nervenzellen Chromatolyse hervorrufen; Chloroform ist in dieser Hinsicht viel wirksamer als Aether.

Heger-Brüssel hat die Neurone der normalen und schlafenden Thiere untersucht. Er sah, dass der Zellkörper im normalen Schlaf geschrumpft ist, und dass ein «moniliformer» Zustand der Dendriten besteht: sie bieten auf ihrer ganzen Länge Protoplasmenverdickungen. Dieselben Erscheinungen trifft man beim Winterschläfer, und auch beim Thier, das vor Kälte gestorben ist. Schmerz ruft dieselben Erscheinungen hervor. Das Neuron ist also veränderlich. Demoor-Brüssel sucht diesen «Etat moniliforme» weiter zu erklären. Er glaubt, dass es ein eigenthümlicher Contractionszustand des Protoplasmas sei, und dass er die Contacte der Zellen hebe. Auf diese Weise könnte der Schlaf und die Cocainanaesthesie unter Anderem erklärt werden. Die Nervenelemente sind also plastisch, das heisst ihre Form ist veränderlich, und diese Formveränderungen spielen eine grosse Rolle in den verschiedenen nervösen Erscheinungen.

Da ich hier nur ein kurzes praktisches Referat geben will, werde ich nicht weiter die Mittheilungen von Magnus-Heidelberg, Gotch und Busch-Oxford, Boruttan-Göttingen, Burdon Sanderson-Oxford u. s. w. erwähnen, welche sich auf die specielle Nerven- und Nervenzellenphysiologie beziehen, obwohl sie ein sehr grosses physiologisches Interesse bieten.

Auf dem Gebiet der Herzphysiologie werden wir zuerst die Mittheilung von Frl. Lumakina-Bern erwähnen, welche in Kronecker's Institut die Nerven der Säugethierherzen untersuchte und durch Unterbindungen versuchte, die Functionen der verschiedenen Nervenzweige zu erkennen. L. hat beobachtet, dass die Unterbindung gewisser hinterer Nervenzweige den Rhythmus veränderte, so dass z. B. Ventrikel und Vorhof getrennt waren. Die Ligatur aller makroskopisch nachgewiesenen Zweige gibt oft gar kein Resultat, vielleicht können andere Vorrichtungen sofort die Function der geschädigten Zweige wieder aufnehmen.

In demselben Institut, von Prof. Kronecker in Bern, wurden die Arbeiten von Frl. Divine und Frl. Betschanoff gemacht; Erstere fand, dass das Krötenherz ebensogut mit H-reichem und CO-reichem Blut ernährt werden kann, als mit normalem Blut. CO_2 ist sehr giftig, und die Arbeit des Herzens hält sofort nach CO_2-Wirkung auf. Die Arbeit wird mehr durch CO_2 geschädigt als durch die Abwesenheit von Sauerstoff; andererseits ergibt sich, dass CO_2 ein viel wirksameres Gift sei als CO.

(Der Vortrag von Wybauw-Brüssel wurde in der «Belgischen Literatur» (d. No. S. 1344) resumirt.)

Porter-Boston zeigte seinen Apparat, um das ausgeschnittene Säugethierherz im Leben zu erhalten; er lässt Blut durch die Thebesiusgefässe und die Coronarvenen fliessen, Blut ist nicht dazu nothwendig; Serum ohne Blutkörperchen unterhält die Herzschläge ausgezeichnet, nur muss das Herz unter Druck in einer O-Atmosphäre hängen. So ist es Porter gelungen, nicht nur das ganze Herz, sondern auch Theile eines Ventrikels im Leben zu erhalten.

Delerenne-Paris glaubt eine active Gefässerweiterung annehmen zu dürfen. Er verbindet die Femoralgefässe eines Thieres mit dem centralen Ende derselben Gefässe eines anderen Thieres; die ersteren haben also ihre Nerven behalten. Auf diese Weise ist es unmöglich, dass, wenn z. B. Gefässverengerung in den Abdominalgefässen durch Kälte oder Asphyxie hervorgerufen wird, die Gefässe des Thieres passiv vom Blut gedehnt werden. Und dennoch ist dies der Fall, so dass sie sich activ erweitert haben müssen.

L. Hill beweist, dass die Füllung des Herzens von der Lage des Thieres und vom Druck, der auf das Abdomen presst, abhängig ist. Seine Untersuchungen macht er am Aal; er hält das Thier senkrecht, und die Höhlen sind in dem Augenblick fast blutleer; wird der Schwanz und das Abdomen in Wasser getaucht, so füllen sie sich prall mit Blut. Aehnliches kann beim Kaninchen beobachtet werden. Hill zeigt auch einen Apparat, der den Blutdruck des Menschen zeigen oll. Das Princip beruht auf der Beobachtung, dass die Arterienwände die grössten Schwankungen zeigen, wenn der innere und der äussere Druck gleich sind. Der Apparat besteht aus einem kleinen Gummibehälter, der auf die Radialis gepresst wird. Der Behälter ist mit Flüssigkeit gefüllt, welcher beim Pressen in eine senkrechte Röhre steigt. Jeder Puls ruft eine Schwankung hervor; man drückt, bis die Schwankung ihr Maximum erreicht hat; dann ist der äussere Druck dem Blutdruck gleich. Leicht ist das Instrument zu calibriren.

Laulanié-Toulouse hat einen Sphygmographen erfunden, um die Druckschwankungen im Capillargebiete des Nagelbettes zu messen.

Ito-Tokio hat in Bern mittels Duodenal-, Speiseröhre- und Magenfistel die Temperatur bei Kaninchen untersucht, sowie den Einfluss des «Wärmestichs» im Gehirn. Für ihn ist das Duodenum der Punkt des Körpers, wo die Temperatur am höchsten sei. Wenn sie grösser wird, so steigt sie parallel in den verschiedenen Organen.

Asher-Bern bestätigt seine Theorie der Entstehung der Lymphe, welche von der Wirksamkeit der Organe abhänge. Die Lymphagoga seien nur Substanzen, welche die Wirksamkeit von verschiedenen Organen und speciell von Drüsen erhöhe. So ist Pepton eines der wirksamsten Lymphagogen, auch ein deutliches Cholagogen, wie Asher es experimentell auf dem Congress nachweist.

Nicloux-Paris hat eine neue Methode der Dosirung von CO erfunden. Er gebraucht zu dem Zwecke $I_2 O_5$, und behauptet, diese Methode könne $^1/_{80000}$ CO nachweisen. Normal bestehen Spuren im Blut; Chloroform vergrössert die Menge CO, Aether dagegen nicht.

Denys-Löwen hat im Wurmfortsatz des Kaninchen Bacillen nachgewiesen, welche auf der Mucosa leben und in den Follikeln selbst bei ganz normalen Individuen vorkommen. Diese Bacillen verursachen keine Vermehrung der Leukocyten.

Viele andere interessante Vorträge wurden gehalten; in seinem wichtigen Vortrag bestätigte Kossel-Marburg seine Ideen über die Eiweisskörper; Hamburger-Utrecht sprach über den Einfluss von Salzlösungen auf das Volum der Zellen; Atwater-Middletown vertheidigte die Nützlichkeit des Alkohols als Nährmittel; Franck-Leipzig zeigte seinen Apparat zum Studium der Herzcontraction u. s. w. Da diese Vorträge weniger praktisches Interesse bieten, so werden wir nicht weiter auf sie eingehen und auf die Fachliteratur hinweisen. Dr. R. Wybauw.

70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

in Düsseldorf vom 19 bis 24. September.

Abtheilung für innere Medicin.

Sitzung am 22. September, Vormittags.

Referent: Dr. Albu-Berlin.

1. Herr Ebstein-Göttingen: **Einige Mittheilungen über die Körperconstitution und deren Beziehungen zu den sogenannten constitutionellen Krankheiten.**

Vortragender hat bei seinen Betrachtungen hauptsächlich Gicht, Diabetes und Fettleibigkeit im Auge. Sie werden von den Autoren in den Lehrbüchern in sehr verschiedener Weise gruppirt. Der Begriff der Constitution wird verschieden aufgefasst, deckt sich aber jedenfalls nicht mit Leibes- und Körperbeschaffenheit. Statt Constitutionskrankheiten heisst es jedenfalls besser constitutionelle Krankheiten. Auch acute und chronische Krankheiten beeinflussen die Constitution, ebenso Alkoholismus und Morphinismus. Es sei aber zweckmässig, mit diesen Bezeichnungen überhaupt zu brechen. Auch die Bezeichnung «Stoffwechselkrankheiten» ist nicht gleichwerthig. Das Ideal wäre, die Aetiologie als Unterlage für das System zu wählen. Leube hat den Namen: «Erkrankungen der elementaren Theile, der Zellen» vorgeschlagen. Ebstein empfiehlt die Bezeichnung «Allgemeinerkrankungen des Protoplasma mit vererbbarer Anlage». Für die Auslösung dieser Erkrankung spielen die Infectionen nur eine secundäre Rolle. Die gegebene Auffassung gewährt einen gewissen Anhaltspunkt für die Prophylaxe dieser Erkrankungen: nämlich in der Richtung einer Fürsorge für einen gesunden Nachwuchs

in belasteten Familien durch verständige Ernährungs- und Lebensweise.

Herr Albu-Berlin: Die Beseitigung der Phrase «Constitutionskrankheiten» sei sehr dankenswerth; indessen ist doch vielleicht die vom Vortragenden vorgeschlagene Bezeichnung «Erkrankungen des Protoplasma» zu wenig umfassend, da auch zweifellos der Zellkern Ausgangspunkt der Erkrankung sein kann, so z. B. wahrscheinlich bei der Gicht. Es sei desshalb vielleicht die Bezeichnung «Störungen des Zellenchemismus» am zutreffendsten.

Herr Ebstein will unter Protoplasma den ganzen Zelleninhalt verstanden wissen.

2. Herr Leichtenstern-Köln: **Ueber Cystitis und Harnblasentumoren bei Anilinarbeitern** mit Demonstration.

Das Vorkommen von Strangurie und Haematurie bei Anilinarbeitern ist schon seit längerer Zeit bekannt und auch vom Vortragenden wiederholt beobachtet worden. Rehn hat 1895 auf dem Chirurgencongress zum ersten Male über Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern berichtet. Vortragender verfügt jetzt über 2 gleiche Beobachtungen. All' diese Blasenerkrankungen treten nicht bei der eigentlichen Anilinfabrikation auf, auch nicht bei dem Nitrirungsprocess der Ausgangsstoffe (Benzol, Methylbenzol u. s. w.), sondern bei der Reduction der Amidokörper (Toluidin und Naphthylamin), bei letzterer Fabrikation treten die schwersten Erkrankungen und speciell die Blasentumoren auf. Keine derartige Erkrankung kommt im Fuchsinarbeitsraum vor. Die Fälle des Vortragenden sind folgende:

1. «31 jähriger, kräftiger Arbeiter. Symptome: Harndrang, Harn spärlich, trüb, schwärzlichgrün, wechselnde Menge Albumen, mikroskopisch auch Blut, keine Cylinder, kein Eiter, keine ammoniakalische Gährung. Blase stark verkleinert, per rectum ein Tumor fühlbar, welcher durch die stark contrahirte hintere Blasenwand gebildet wird. In der Blase selbst lässt sich nach einigen Tagen ein Tumor feststellen, der sich aber bald zu verkleinern anfing. Unter stetiger Besserung der Erscheinungen ist Patient schliesslich wieder ganz gesund geworden. Bei frühzeitiger richtiger Behandlung kann also solch' ein Tumor noch rückgängig werden, da offenbar im Anfang nur eine entzündliche Neubildung vorliegt. Die Vorbedingung für die Genesung ist die sofortige Entfernung aus dem schädigenden Betriebe und Fernhaltung von demselben. 2. 51 jähriger Mann, seit längerer Zeit schon öfters Bluthарn und Harndrang. Wegen der heftigen Schmerzen fortwährender Morphiumgebrauch. Operation (Bardenheuer). Die ganze Blase war in einen Tumor verwandelt, auch beide Ureteren mussten resecirt werden. Tod nach $1^1/_2$ Tagen. Die Section erwies alle übrigen Organe frei von Veränderungen. Mikroskopischer Befund: Ein aus zellenreichen und zellenarmen Theilen abwechselnd zusammengesetztes Sarkom ohne Beziehung zu den Gefässen, während sich in den Rehn'schen Fällen ein gefässreiches Alveolarsarkom fand. —

Prophylaxe: Entfernung aus den Arbeitsräumen beim Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen seitens der Blase.

Herr Posner-Berlin hat 2 mal Blasentumoren bei Arbeitern aus einer Naphthol- resp. Theerfabrik beobachtet, im letzten Fall gleichzeitig mit einem typischen Scrotalkrebs. Experimentell hat er festgestellt, dass dem Toluidin der Hauptantheil an der Giftwirkung zukommt. Der Angriffspunkt desselben sind die Nieren (Albuminurie!); erst wenn der Harn in der Blase stagnirt, kommt es zu Blasenreizungen.

2. Herr Posner-Berlin: **Ueber Nierenkrankheiten nach Rückenmarkserschütterung.**

Auf der Bramann'schen Klinik zu Halle sind 1895 zuerst Beobachtungen von aufsteigender Cystitis und Pyelonephritis mit Steinbildung nach Rückenmarkserschütterung gemacht worden. Vortragender hat nach einer analogen klinischen Beobachtung im Verein mit Dr. Asch-Strassburg experimentell die Frage zu entscheiden gesucht, ob die Blasenerkrankung von der Rückenmarkserkrankung abhängig oder eine primäre ist. Bei Hunden wurde das Rückenmark in der Höhe des 1. und 2. Lendenwirbels quer durchschnitten, 2 Thiere konnten mehrere Monate am Leben erhalten werden, sie wurden täglich aseptisch katheterisirt. Der Harn blieb normal. Bei der Section erwiesen sich die Nieren intact. Die Rückenmarkserkrankung führt also nicht zur Blasenlähmung, die Steinbildung beruht nicht auf nervösem Einfluss; vielmehr ist ein eventuell auftretender Blasenkatarrh, der Gelegenheit zum Ausfall der steinbildenden Salze des Harns gibt, nur als ein secundäres Ereigniss zu betrachten, welches vermeidbar ist.

Herr Ebstein-Göttingen: Ein Blasenkatarrh lässt sich auch bei Rückenmarkskranken häufig durch Anwendung des Urotropin wieder rückgängig machen.

4. Herr Reichel-Wien: **Zur Frage des Oedems bei Nephritis.**

R. berichtet über Versuche, die er an der Abtheilung Pal's in Wien ausgeführt hat. Er infundirte bei Nephritikern und zwar in 5 Fällen von secundärer Schrumpfniere, 1 mal bei parenchymatöser Nephritis physiologische Kochsalzlösung in der Menge von ca. 50 ccm an verschiedenen Stellen, am Unterschenkel, Vorderarm, Kreuzgegend. Es zeigte sich hiebei, dass das hieraufentstehende circumscripte Oedem in ganz auffallend langer Dauer bestehen blieb und zwar 5—10 Tage, während Controlversuche bei cardialer und localer Stauung zeigten, dass in spätestens 2—3 Tagen jedes Oedem verschwand und bei Gesunden die Resorption in einigen Stunden erfolgte. R. schliesst daraus, dass bei Nephritis eine Alteration der Gewebe im Sinne gestörter Resorption bestehe, die vielleicht in Zusammenhang mit dem Auftreten der nephritischen Oedeme zu bringen sei.

5. Herr Rumpf-Hamburg: **Ueber die Assimilationsgrösse und den Eiweissumsatz bei Diabetes mellitus.**

Nachdem Külz zuerst nachgewiesen, dass auch bei schweren Fällen von Diabetes ein Theil der eingeführten Stärke und Dextrose im Körper Verwendung findet, und Leo gezeigt hat, dass bei zwei derartigen Fällen die Kohlehydratzufuhr eine eiweisssparende Wirkung ausübte, besteht im Allgemeinen die Anschauung, dass in allen Fällen von schwerem Diabetes der Körper noch die Fähigkeit besitzt, eine gewisse Menge von Kohlehydrat zu verwerthen. Doch hat v. Noorden in jüngster Zeit einen Fall von schwerem Diabetes mitgetheilt, in welchem jede Assimilation der eingeführten Kohlehydrate zu fehlen schien. Der Vortragende fügt dieser Beobachtung 3 weitere schwere Fälle hinzu, in welchen eine dauernde Verwerthung für Amylaceen theils fehlte, theils zweifelhaft war.

In dem 1. Fall — einem Seeofficier von 20 Jahren — hatte die Einfuhr von 27—30 g Kohlehydraten am 1. Tage eine Steigerung der Zuckerausscheidung um 21 g, am 2. Tage um 40 g im Gefolge. Bei 1 Liter Milch (= 40 g Kohlehydrat) schied der Patient sogar 70 g Zucker mehr aus als bei strengster Diät.

Im 2. Fall fand am 1. Tage vielleicht eine Assimilation von 3—5 g Kohlehydraten statt, am 2. und 3. Tage wurde aber bei Kohlehydratzufuhr, gegenüber den Tagen strengster Diät, weit mehr Zucker ausgeschieden, als der Zufuhr entsprach.

Rumpf hat nun bei 2 derartigen Fällen in langen Versuchsreiben den Stickstoffumsatz bei Zufuhr von Amylaceen und ohne diese untersucht, und fand in 1 Fall das Resultat der Stickstoffbilanz bei Zufuhr von 60 g Semmel entschieden ungünstiger als bei Entziehung von Kohlehydraten. In dem 2. Fall war das Resultat ziemlich unregelmässig, bald wirkte die Zufuhr von Amylaceen, bald die Entziehung ungünstiger auf die Stickstoffbilanz. Nur da, wo mit der Zufuhr von Amylaceen keine beträchtlichere Zuckerausscheidung eintrat, liess sich eine eiweisssparende Einwirkung der Kohlehydrate constatiren.

R. kommt zu dem Resultat, dass es vereinzelte Fälle von Diabetes gibt, welche dauernd oder zeitweise das Assimilationsvermögen für Kohlehydrate völlig oder fast völlig verloren haben und bei einer Zuckerausscheidung, welche die Einfuhr von Amylum übertrifft, die sonst vorhandene eiweisssparende Wirkung derselben vermissen lassen. Diese seltenen Fälle von Diabetes erfahren durch die ständige Einfuhr von Amylaceen keine günstige Beeinflussung.

Herr Leo-Bonn: Was er selbst nur für kürzere Dauer habe nachweisen können, ist jetzt auch für längere Zeit durch den Vortragender erwiesen, dass sich bei schweren Diabetikern zuweilen eine mässige Ersparung von Körpersubstanz bei Kohlehydratnahrung erreichen lässt. Man soll diesen Kranken nicht täglich grössere Mengen davon geben, aber die Furcht vor Kohlehydraten überhaupt hat sich als unberechtigt erwiesen. Die ersparende Wirkung tritt nicht in allen Fällen auf, manchmal erfolgt vielmehr eine Steigerung der Stickstoffausscheidung.

6. Herr Sticker-Giessen: **Ueber den Primäraffect der Akne, des Gesichtslupus, der Lepra und anderer Krankheiten der Lymphcapillaren.**

Für das Gesichtserysipel ist der Ausgangspunkt von der Nasenschleimhaut längst erwiesen; von hier aus verbreitet sich

die Infection in den Lymphbahnen des Gesichts in der bekannten Schmetterlingsfigur. Für den Rotz der Thiere haben Schütz u. A. den primären Infectionsherd auf der Schleimhaut der Nase nachgewiesen. Beim Menschen ist aber bisher noch nicht auf diesen Ausgangspunkt geachtet worden. Für die Lepra hat S. schon früher den gleichen Nachweis gebracht, der aber von den Dermatologen bisher nicht genügend gewürdigt ist. S. weist desshalb nochmals auf die so häufigen Erkrankungen der Nase (chronisch ulceröse und hyperplastische Rhinitis mit secundärer Atrophie, Septumperforation u. dergl.) bei Leprösen hin. Das bacillenhaltige Nasengeschwür ist das erste Symptom der Lepra. Bei der Akne vulgaris, dem Lupus vulgaris und dem Lupus erythematosus hat S. stets analoge Veränderungen auf der Nasenschleimhaut gefunden, auch wenn die Erkrankungen auf der Haut von der Nasenöffnung weiter entfernt waren. Bei der Akne fand sich meist ein seichtes Geschwür über dem Septum, das dieselben Coccen enthielt, als die Akneknoten der Haut. Beim Lupus erythematosus hat der Befund von Tuberkelbacillen auf der erkrankten Nasenschleimhaut die schon vermuthete tuberculöse Natur der Erkrankung jetzt sicher gestellt. Aus diesen Untersuchungen resultirt für die Praxis die Nothwendigkeit der localen Behandlung des Primäraffectes in der Nase (Aetzung der Geschwüre u. dgl.). Hartnäckig recidivirende Fälle von Gesichtserysipel und Akne hat S. dadurch zur Heilung gebracht. Auch Masern, Scharlach und Pocken treten sehr wahrscheinlich von der Nasenhöhle aus in die Lymphcapillare der Haut ein.

Discussion: Herr Schütz-Frankfurt a. M. widerspricht der Auffassung des Vortr. vom Wesen der Akne. Es handelt sich dabei nicht lediglich um die Einwirkung eines Mikroorganismus auf die Talgdrüsen, sondern um einen sehr complicirten Process verschiedener Ursachen. Die Schmetterlingsform in der Ausbreitungsweise ist für die Akne nicht allgemein giltig. Der Primäraffect ist keineswegs in allen Fällen in der Nase zu suchen.

Herr Wolters-Bonn: Weder beim Lupus noch bei der Lepra lassen sich Veränderungen des Naseninnern regelmässig nachweisen.

Herr Loewenhardt-Breslau schliesst sich diesen Ausführungen an.

Herr Sticker-Giessen weist darauf hin, dass eine Einimpfung der Lepra von einer peripheren Hautstelle aus nicht bekannt sei.

Sitzung am 22. September Nachmittags.

1. Herr v. Schrötter jun.-Wien: **Zur Aetiologie und Pathologie der Decompressionserkrankungen („Caissonkrankheit").**

An der Hand zahlreicher Abbildungen und Präparate spricht Redner über Versuchsreihen, welche zur Klärung der Aetiologie der in Rede stehenden Erkrankungen angestellt wurden.

Nach der Decompression — die Versuche beziehen sich auf einen Ueberdruck bis zu 5 Atmosphären — sieht man Gasblasen (Stickstoff) im Blute auftreten, die nach einer wechselnden jedoch begrenzten Latenzzeit pathologische Störungen, Lähmungen, asphyctische Zufälle hervorrufen. Gelingt es, solche Versuchsthiere längere Zeit am Leben zu erhalten, so findet man durch Anaemisirung und Ischaemie der betreffenden Gebiete entstandene, oft sehr ausgedehnte Nekrosen in der weissen und grauen Substanz des Rückenmarkes.

Wie Redner ausdrücklich betont, handelt es sich somit nicht um Spaltbildung im Rückenmark, wie v. Leyden gemeint hat, auch nicht um das Resultat primärer Blutungen, sondern um primären nekrotischen Zerfall des Gewebes, wie seiner Zeit Blanchard und Regnard in einer leider nicht genügend gewürdigten Arbeit gezeigt haben.

Die klinischen Erfahrungen des Redners beziehen sich auf über 200 eigene Beobachtungen, darunter 2 Todesfälle; aus der Literatur konnte er 137 letale Fälle zusammenstellen.

Auch die Therapie wird kurz berücksichtigt und die Recompression wärmstens empfohlen.

Auch alle übrigen Resultate stimmen mit den Anschauungen der französischen Schule überein und können als eine exacte Bestätigung und präcise Weiterausbildung derselben angesehen werden.

2. Herr Lindemann-Helgoland demonstrirt einen Tallermann'schen **Heissluftapparat** (zur Behandlung von chronischem Gelenkrheumatismus, Gicht, Ichias u. s. w.) mit elektrischer Hitzeerzeugung, «Elektrotherm» genannt.

3. Herr Mayer-Düsseldorf stellt einen 22jährigen jungen Menschen mit typisch ausgebildetem **Morbus Addisonii** vor, dessen Erscheinungen seit mehr als zwei Jahren festgestellt sind. Lungen sind intact.

Herr Weintraud-Wiesbaden hat in einem Falle Nebennierentabletten angewendet, doch ohne sichtlichen Erfolg. Mehr bewährt hat sich Poehl's Spermin.

Herr Mosse-Berlin citirt einen Fall Addison'scher Krankheit, der nachweislich 10 Jahre lang gedauert hat. Hinsichtlich der Theorie der Erkrankung erinnert Redner an seine früheren Untersuchungen, welche eine gesteigerte Toxicität der Nebennieren- und Milzextracte für Mäuse ergeben haben.

Herr Rumpf-Hamburg hat selbst einen Fall von Morbus Addisonii schon seit 2 Jahren in Behandlung, der schon mehrere Jahre vorher von anderer Seite erkannt worden ist. Die Kenntniss von solch' langdauerndem Verlaufe der Erkrankung stammt erst aus neuerer Zeit.

Abtheilung für Chirurgie.

III. Sitzungstag.

Gemeinsame Sitzung mit der Abtheilung für **innere Medicin.**

Siehe dort.

IV. Sitzungstag: Donnerstag, 22. September 1898.

Vorsitzender: Herr Lossen-Heidelberg.

1. Herr Straeter-Düsseldorf: Vorstellung eines an beiden Unterschenkeln und zweier an einem Unterschenkel Amputirter mit einer von Schlüter-Düsseldorf angegebenen **Prothese**, mit welcher die einseitig Amputirten Beide Rad fahren können.

2. Herr Geisthövel-Bielefeld: **Ueber den resorbirbaren Darmknopf nach Frank.**

Vortragender wundert sich, dass dieser Frank'sche Knopf so wenig Beachtung findet und wendet sich gegen die von König jun. auf dem letzten Chirurgencongress aufgestellte Behauptung, dass der Frank'sche Knopf nach seinen Versuchen an Hunden, für die Gastroenterostomie am Menschen gefährlich werden könnte wegen seiner allzuschnellen Resorbirbarkeit. Er habe 3 Fälle von Gastroenterostomie mit dem Frank'schen Knopf gemacht, die sämmtlich geheilt seien. Das Gummirohr ist am 8. und 9. Tage abgegangen.

3. Herr Dresmann-Köln: **Ueber grössere Darmresectionen.**

Vortragender berichtet über einen Fall von Resection eines 2,15 Meter langen Darmstückes. Ein 37 jähriger Patient hatte eine rechtsseitige reponible Schenkelhernie, die plötzlich incarcerirt wurde. Da die Herniotomie nicht den ganzen gangraenösen Darm sichtbar machte, Laparotomie. Nach seinen Beobachtungen an diesem Fall ist es gefährlich, einen Darm nach längerer Incarceration noch zu reponiren, ausserdem ist der Fall ein Beweis dafür, wie viel man vom Darm fortnehmen kann. Dresmann hat 24 Fälle von Resectionen über 1 Meter feststellen können, 4 Fälle über 2 Meter, worunter 1 Fall von 3,10 Meter bei einem 60 jährigen Patienten und 3,88 Meter bei einem 8 jähr. Knaben. Nach D. wird eine Resection von über 2 Meter nur von jugendlichen Individuen vertragen, weil bei ihnen compensatorische Hypertrophie des zurückgebliebenen Theiles eintreten kann.

4. Herr Morian-Essen: **Demonstration eines Knaben mit Myositis ossificans progressiva.**

M. hat eine Knochenspange, die vom Arm zur 3. Rippe im M. pectoralis lief, excidirt, dessen Untersuchung nur wenig Kalksalze und vermehrte Phosphorsäure ergab. Auffällig war in diesem Falle eine schon öfter beschriebene Mikrodactylie der grossen Zehen.

5. Herr Lossen-Heidelberg: **Ueber Rhinoplastik.**

Nach kurzer Erwähnung der bekannten Methoden der Operation der Sattelnase führt Redner aus, dass es schon schwieriger sei, die Nasenspitze wieder herzustellen. Den Hautlappen bekommt man schon von hier oder dort her, allein er behält seine Plastik selten, sondern fällt fast stets nach kurzer Zeit ein. Dies hat zur Folge gehabt, dass Gerüste zur Stütze desselben erfunden wurden, besonders in Frankreich, aber keiner der vielen Methoden ist es bisher gelungen, eine annähernd schöne Nasenspitze zu formen, sie hing fast immer herunter. Lossen hat sich nun mit einem Zahntechniker in Verbindung gesetzt, der eine Prothese anfertigte, ein aus Kautschuk gefertigtes Gerüst mit 2 Nasen-

löchern, auf den Ton der äusseren Haut gestimmt, das erst in den Defect eingepasst wird und über welches dann die Nasenflügel gesetzt werden. Leider hat er erst im Jahre 1896 Gelegenheit gehabt, seine Prothese an einem Fall von Schussverletzung der Nase, an der vorher schon eine schlechte Plastik gemacht war, zu probiren und zwar mit zufriedenstellendem Erfolge. Demonstration der Prothese an Gipsabgüssen.

Discussion: Herr Holländer-Berlin berichtet, dass Israel die Höhe der Nasenspitze mit einem Knochenstück der Tibiakante mit Erfolg bildete.

6. Herr **Vulpius**-Heidelberg: **Die Behandlung der Wirbelentzündung im Gipsbett.**

In Rückerinnerung an das Calot'sche Verfahren, von dem sich Vulpius, wie alle Chirurgen, allmählich zurückzieht, hebt er die Vorzüge des lange nicht genug gewürdigten Lorenz'schen Gipsbettes hervor. Er begnügt sich allerdings nicht damit, Kopf und Brust im Gipsbett zu fixiren, sondern auch die Beine. Von 84 Patienten sind ihm 16 gestorben. V. betrachtet die Rückenlage bei absoluter Ruhe als die Wesentliche der Spondylitisbehandlung.

Discussion: Herr Joachimsthal-Berlin gibt seiner Befriedigung darüber Ausdruck, dass gerade V., der bisher in Deutschland als einer der begeistertsten Anhänger des Calot'schen Verfahrens galt, durch Zurückgreifen auf das bekannte und bewährte Verfahren zeigen will, dass das forcirte Vorgehen nicht das richtige war. Auch er kann auf Grund von hundertfachen Erfahrungen namentlich die schmerzlindernde Wirkung der Gipsbettbehandlung bestätigen. In der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin hat das Lorenz'sche Verfahren einige Modificationen erfahren, die die Anlegung der Apparate erleichtern. Anstatt der Lorenz'schen Rollkissen wird der von Dr. Samter construirte Rahmen mit verstellbaren Pelotten für Kopf, Brust und Beine zur Anlegung benutzt. Statt Gipsbinden werden grosse Stücke gestärkter Gaze aufgelegt, zwischen denen Gipsbrei aufgestrichen wird. Auch er rühmt die Vorzüge des Gipsbettes gegenüber der ambulanten Behandlung mit unabnehmbaren Gipscorsets.

Herr Krukenberg-Halle will keine Bettbehandlung, sondern ambulante Behandlung mit einem Schede'schen Corset. Die Kinder, behauptet er, leiden durch das lang andauernde Gipsbett nicht allein in ihrer körperlichen, sondern auch in ihrer geistigen Entwickelung.

Herr Schede-Bonn fordert dringend eine ambulante Behandlung. Er hält das Gipsbett für einen schweren Rückschritt und will es nur für die acuten Fälle angewendet wissen, und zwar dürften die Kinder keinen Tag länger als nothwendig darin liegen und müssten dann der ambulanten Behandlung mit Sayre-schem Corset zugeführt werden, deren Vorzüge dadurch, dass die Kinder sich in freier Luft bewegen können, enorm in's Gewicht fallen. Er wendet das Sayre'sche Corset immer mit Extension am Kopf an, auch wenn nur die Lendenwirbelsäule erkrankt ist.

Herr Lorenz-Wien betont, dass er nie verlangt habe, dass die Kinder dauernd im Gipsbett gehalten werden. Auch er sei vom Calot'schen Verfahren reumüthig zum Gipsbett zurückgekehrt. Die Schmerzlinderung desselben sei eine ausserordentliche. Ein Jurymast sei nicht in allen Fällen nothwendig, dagegen sei die Lordosirung sehr vortheilhaft.

Herr Schede-Bonn will auch das unabnehmbare Corset nur einige Monate, nachher ein abnehmbares, getragen wissen.

Herr Vulpius-Heidelberg verwahrt sich dagegen, dass er sich vollständig vom Calot'schen Verfahren zurückgezogen habe. Nach der Statistik von Heubner sei von 66 mit Corset behandelten Fällen fast keiner ohne Abscess durchgekommen.

7. **Müller**-Aachen zeigt 2 hochinteressante Präparate von **Dermoiden des Ovariums**, die man nach Wilms besser Embryome nennt. Das erste stammte von einer 20jährigen Virgo und zeigte ein deutliches Kolon mit Mesenterium. Das zweite war eine in Blase und Mastdarm durchgebrochene Geschwulst, die knöchern aufsass, einen langen Zopf hatte, den sich die Patientin, da er aus dem Rectum herauswuchs, 20 Jahre lang regelmässig beschnitt. Nach Wilms stellte diese Geschwulst einen unentwickelten Kopf dar.

8. Herr **Wolf**-Köln. **Die Behandlung der Knochenbrüche mit Extension nach Bardenheuer.**

Vortragender betont die Nothwendigkeit, die Extensionsstreifen über die Bruchstelle hinaus anzulegen. Beim Unterschenkelbruch legt er nach Bardenheuer die Streifen bis zum Trochanter. Die bis jetzt angewendeten Gewichtszüge genügten den Anforderungen der Extension meistens nicht. Nach Leichenversuchen sind zur richtigen Extension einer Oberschenkelfractur 70 Pfund erforderlich. Diese könne der Mensch allerdings an einem Angriffspunkte nicht vertragen. Bei mehreren Angriffspunkten sei es aber möglich, und desshalb hat Bardenheuer Querzüge als Heber, Rotatoren aus Heftpflasterstreifen angebracht. Von den 1837 in den letzten 5 Jahren so behandelten Extremitätenbrüchen ist keiner mit Psendarthrose geheilt, die nach Braun sonst auf je 200 bis 250 Fälle eintritt. Die Extensionsbehandlung verhindert ausserdem eine erhebliche Callusbildung, und man kann bald activ und passiv Bewegungen machen. W. hat bei Oberschenkelbrüchen eine Extension von 30 Pfund, beim Flötenschnabelbruch des Unterschenkels von 15 bis 20 Pfund angewendet. Die Gefahr des Decubitus an den Knöcheln besteht nach W. nicht, wenn man nur ein Stückchen Watte oder Gaze zwischen Heftpflaster und Haut einschiebt. Das bekannte Steigbügelbrettchen sei ganz überflüssig. Redner zeigt einige Röntgenbilder mit stark dislocirten Fracturen zum Beweise der Nothwendigkeit der Extensionsbehandlung.

9. Herr **Schulze**-Duisburg zeigt einige neue medicomechanische Apparate, einen Tisch zur Mobilisirung der Gelenkcontracturen, einen Lagerungsapparat zur Behandlung der Kyphose, einen Redressionstisch und einen Klumpfussstiefel mit Abductionsschraube.

10. Herr **Krukenberg**-Halle: Demonstration eines neuen medico-mechanischen Apparates für passive und active Bewegungen sämmtlicher Gelenke durch Verstellung, resp. Ansetzung neuer Stücke. Der Apparat kostet 520 Mk., in weniger eleganter Ausführung 435 Mk.

11. Herr **Thiel**-Köln: **Ueber die Behandlung alter Empyeme.**

Als Haupterforderniss bei der Behandlung stellt der Vortragende möglichst freien Eiterabfluss hin. Trotzdem aber dehne sich die Lunge häufig doch nicht wieder aus, weil sie ihre Elasticität verloren hat. Die Natur ist ihr mit ihren Hilfsmitteln eingetreten, das Zwerchfell ist höher gestiegen, das Mediastinum herübergerückt, der Thorax eingesunken. Um die Wiederentfaltung der Lunge zu ermöglichen, hat Delorme versucht, die Schwarten von der Lunge zu entfernen, doch ist der Erfolg dieses Vorgehens unbekannt. Man hat auch versucht, den Pneumothorax durch Ventilabschluss zu heilen, doch ohne Erfolg. Was die verschiedenen Methoden des Eiterabflusses anlangt, so gewährleistet die Aspiration nach Bülau denselben nicht, da die Canüle häufig durch Gerinnsel verstopft wird. Mit dem Apparat von Pärthes, dem regulirbaren Saug- und Druckapparat sind sie in 3 Fällen nicht zum Ziel gekommen und mussten eine Operation nach Bardenheuer anschliessen. Das Saugen des Apparates an der Lunge wurde von den Patienten stets sehr schmerzlich empfunden. Sie haben sogar 10—15 cm Quecksilber nicht ausgehalten, während Pärthes 30 cm Quecksilber angewendet wissen wollte. Ein weiterer Nachtheil desselben war die enorme seröse Exsudation, eine auffällige Abmagerung und grosser Durst. Thiel verlangt daher: 1. eine möglichst frühzeitige Operation mit Resection; 2. Nachbehandlung ohne Spülung mit Jodoformgazetamponade; 3. Bardenheuer'sche Operation zur Deckung der Fisteln. Die Operation soll in einer ausgedehnten Resection aller die Empyemhöhle deckenden Rippen und Abtragung der Schwarten von der Lunge bestehen. Erstreckt die Höhle sich bis hinter die Scapula, so müsse auch ein Theil derselben mit fortgenommen werden. In seinen Fällen war das 16 mal nothwendig.

Discussion: Herr Lossen-Heidelberg erinnert daran, dass Gustav Simon der erste war, der die Thoraxwand zur Heilung des Empyems entfernte.

12. Herr **Plücker**-Köln: **Ueber Behandlung complicirter Verletzungen der Extremitäten mit Demonstrationen.**

Vortragender berichtet, dass man im Kölner Bürgerhospitale, sowohl bei den ganz schweren, wie bei den leichteren complicirten Verletzungen der Extremitäten, wo es eine Unmöglichkeit ist, eine nur einigermaassen befriedigende Asepsis herzustellen, den Versuch gemacht und auch mit Erfolg durchgeführt habe, von der primären Wundtoilette überhaupt abzusehen, sondern die Verletzungen einfach mit Unguentum Hydrargyri oxydati flavi zu verbinden. Der Erfolg ist bei den schweren Maschinenverletzungen so zufriedenstellend gewesen, dass man behaupten könnte, es sei die Erhaltung von Gliedern durch diese Behandlung leichter gewesen als mit der aseptischen resp. antiseptischen Wundbehandlung. Demonstration von Patienten.

13. **Derselbe** zeigt einen Fall von angeborener hochgradiger Missbildung beider oberer Extremitäten bei vollkommener Erwerbsfähigkeit

14. Herr **Wiener**-Apenrade: **Zur operativen Behandlung der Lungencavernen.**

Redner beschreibt einen Fall von Gangraen des linken Unterlappens, bei dem er sich zur Pneumotomie entschloss. Er bildete einen Hautmuskellappen mit oberer Basis von 20 cm Breite, machte eine ausgedehnte Rippenresection und fand die günstigste Verwachsung der Pleurablätter, so dass er sogleich weiter vorgehen konnte. Mit dem schneidenden Paquelin'schen Brenner drang er nun in eine Tiefe von 4—5 cm, bis er eine Caverne eröffnete, die faustgross einen grossen freien Gewebssequester von Lungengewebe enthielt. Ausstopfung mit Jodoformgaze. Am fünften Tage wurde ein zweiter Hohlraum entdeckt, der eng mit dem ersten communicirte und ebenfalls einen Gewebssequester enthielt und auch sonst dieselben Verhältnisse darbot. Der Auswurf liess sofort nach, wurde eitrig statt foetide, die Höhle war in 6 Wochen geschlossen und Patient geheilt ohne Fistel mit einer Gewichtszunahme von 30 Pfund aus dem Krankenhaus entlassen. W. hält die breite Eröffnung der Cavernen für die beste Behandlungsweise.

15. Herr **Kramer**-Köln demonstrirt an Zeichnungen und an Patienten seine Methode der osteoplastischen Knochenspaltungen, um einen fehlenden Knochen oder Knochentheil zu ersetzen.

16. Herr **Krukenberg**-Halle: **Ueber Resection der Cardia.** Unter der Vorausschickung, dass die Resection des Carcinoms der Cardia beim Menschen noch nicht gemacht worden ist, erwähnt Redner die bisher angestellten Thierversuche von Biondi, W. Lewy und berichtet dann über seine eigene Versuche an Hunden, die Cardia vom Bauche aus zu reseciren und den Oesophagus mit dem Magen zu vereinigen. Er hat den Oesophagus stumpf von dem ihn umgebenden Bindegewebe gelöst und es ist ihm gelungen, denselben bei mittelgrossen Hunden allmählich 7—8 cm weit in die Bauchhöhle vorzuziehen, so dass es ihm möglich war, ein ziemlich beträchtliches Stück zu reseciren. Die Vereinigung hat er nicht mit dem Murphy'schen Knopf sondern mit Lembert'scher Naht gemacht. Es stellten sich dann sofort bei den Hunden schwere Ausfallserscheinungen ein, doch sind die beiden letzten Thiere seit October bezw. December v. J. am Leben geblieben. Redner sagt, dass man die in der Nähe befindlichen lebenswichtigen Organe, Aorta und Nn. vagi leicht vermeiden kann, wenn man sich nur in dem den Oesophagus umgebenden lockeren Bindegewebe hält. Auch die Verletzung der Pleura lässt sich vermeiden, wenn man das Zwerchfell nicht zu stark anzieht, K. hat daher nach den ersten missglückten Versuchen, die zwar die Cardia durch Anziehen des Magens sehr schön zu Gesicht brachten, aber zugleich einen Pneumothorax hervorriefen, später zugleich mit dem Hervorziehen der Cardia das Zwerchfell mit den Fingern zurückgeschoben.

Was die klinischen Ausfallserscheinungen anlangt, so stellte sich stets sofortiges Erbrechen sämmtlicher Speisen ein, welches später in ein dauerndes Regurgitiren überging, bis schliesslich doch Erbrechen eintrat und das erst nach 10—14 Tagen nachliess. Natürlicherweise hatte dies eine bedeutende Abmagerung zur Folge, die aber dann ebenso schnell wieder einem guten Ernährungszustande Platz macht. Beim Menschen liegen nach K. die Verhältnisse günstiger als beim Thiere, der Einblick in die Bauchhöhle ist viel freier, beim Manne besser als bei einer Frau mit steilem Rippenbogen und schmaler Taille. Auch die Leber ist beim Menschen weniger im Wege als beim Hunde. Das Aufsuchen der Cardia ist beim Menschen allerdings nicht immer leicht, sie ist durch breite Bindegewebszüge verdeckt, die sich nach links zum Ligamentum gastrophrenicum verdichten. Es muss Werth darauf gelegt werden, möglichst früh die Diagnose zu stellen, weil das Carcinom natürlich leicht das den Oesophagus umgebende lockere Bindegewebe ergreift, und die Operation dann aussichtslos wäre. Hierbei verspricht sich K. von dem Oesophagoskop wenig Erfolg, weil man gerade das Ergriffensein des den Oesophagus umgebenden Bindegewebes nicht damit feststellen kann. Hier kann nur exacte Palpation Aufschluss geben. Nach eröffneter Bauchhöhle kann man dieses Gewebe sehr schön von einer links vom Oesophagus liegenden Peritonealtasche abtasten, in welcher der Lobus Spigelii hepatis liegt. Wollte man die Operation nun beim Menschen ausführen, so müsste man sich erst durch einen Schlitz im kleinen Netz mit dem in diese Tasche eingeführten Finger von der Beschaffenheit des Bindegewebes resp. von dem Umfang des Tumors überzeugen. Ob man dann überhaupt bei sehr kachectischen Individuen die schweren Ausfallserscheinungen mit in den Kauf nehmen will, bleibt der freien Entschliessung überlassen.

17. Herr **Krabbel**-Aachen: **Exstirpation der Milz.** Die an und für sich seltene Operation gibt, wenn sie wegen Erkrankung der Milz gemacht wird, eine hohe Mortalität, bessere Resultate, wenn sie wegen Verletzung des Organes vorgenommen wird; ist die verletzte Milz jedoch prolabirt, so ist ihre Entfernung fast ungefährlich. Die subcutanen Verletzungen der Milz bedingen aber meist den Tod. In der Literatur sind im Ganzen 12 Exstirpationen mit 7 Heilungen verzeichnet. K. hat einen Fall operirt. Ein Knabe der vom Treppengeländer stürzte, wurde mit den schwersten Erscheinungen von Shock, aber mit Bewusstsein, eingeliefert. Die Schmerzen verlegte er auf die rechte Seite. Laparotomie am Abend desselben Tages zeigte intacte Leber und rechte Niere, Milz dagegen rupturirt und zum Theil lose im Bauche liegend. Ein Stück am Hilus festsitzend wurde unterbunden. Tamponade, Kochsalzinfusion. 4 Wochen danach Entlassung. Haemoglobingehalt Anfangs 60 Proc., bei der Entlassung 80 Proc. — Wenn nach der Einwirkung eines schweren Traumas auf den Bauch die Shockerscheinungen vorüber sind, soll man mit der Laparotomie nicht zögern, da durch sie nur die Quelle der letalen Blutung aufgedeckt werden kann. Zum Exempel führt K. einen Fall von Verschüttung an, wo das Krankheitsbild von einer Luxatio iliaca beherrscht wurde. Der Bauch war stets empfindlich und Patient starb plötzlich. Die Obduction ergab einen Riss im Duodenum.

18. Herr **Breuer**-Köln demonstrirt eine neue Methode der Operation der Hypospadie nach Bardenheuer, bei der der Rest der Harnröhre durch einen Schlitz in der Glans gezogen und vorn angenäht wird.

19. Herr **Zenker**-Hamburg. Demonstration einiger Corsets zur Behandlung der Skoliose.

Abtheilung für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Referent: Dr. Edmund Falk-Berlin.

Sitzungstag am 20. September, Vormittags.

Vorsitzender Herr Fehling.

Herr **Schmitz**-Bonn: **Ueber Nervosität nach Castration.**

Vortragender berichtet über 3 Fälle von schwerer psychischer Störung nach Castration. Alle 3 Fälle traten nach Myomoperationen ein. Es fragt sich daher, ob wir nicht verpflichtet sind, bei gutartigen Myomen die sonst gesunden Ovarien zu erhalten. Diese psychischen Störungen kommen einerseits zu Stande durch die Ausscheidung des Uterus und der Ovarien als solche aus dem Organismus — sind also analog den Störungen, die nach Exstirpation der Thyreoidea auftreten. Wir müssen annehmen, dass nicht nur im geschlechtsreifen Alter, sondern auch vor der Pubertät und in dem Climacterium in den Ovarien wichtige Säfte gebildet werden, deren Verlust schädigend auf den Organismus einwirkt (Wegfall der inneren Secretion). Der zweite Punkt, der zur Ausbildung der Psychose beiträgt, ist der schwere operative Eingriff, der eine directe Schädigung auf das Nervensystem ausübt. Bei gutartigen Geschwülsten des Uterus soll man bei der Operation daher die Ovarien zu erhalten suchen.

Herr **A. Martin**: **Ueber Exstirpatio vaginae.**

Vortragender erörtert die Indicationen und den Modus operandi für die Exstirpation der ganzen Scheide.

Zunächst legt er das Präparat einer mit dem carcinomatösen Uterus exstirpirten carcinomatösen Scheide vor.

Vortragender bevorzugt die Operation von der Vagina aus, gegenüber der sacralen Methode.

In dem von ihm operirten Fall, 61jährige Frau, hat er weder die Olshausen'sche Perineotomie, noch die Dührssen'sche Scheidendammincision gemacht. Es gelang ihm unter Umschneidung des Hymenalringes im Introitus, ohne ein Jnstrument in die Scheide einzuführen, die ganze Scheide auszulösen und den Uterus

mit den Ovarien zu entfernen. Der Wundtrichter wurde durch Herabziehen des Peritoneum und Einnähen an die äussere Wunde im Hymenalring überkleidet. Abschluss nach Art der queren Obliteration der Scheide. Heilung ohne Complication. Patientin hat von Anfang an spontan Urin gelassen. Befriedigende Reconvalescenz, nach 7½ Monaten Localbefund gut. Eine Stecknadelkopf grosse Granulation (15. X. constatirt) ist noch zu untersuchen.

Die Operationsweise erwies sich als vollkommen bequem. Angesichts der Zweifel, ob vaginale Carcinome überhaupt längere Zeit vor Recidiven bewahrt werden können, lässt Vortragender diese Frage offen, nennt aber das von ihm ausgeführte Verfahren als ein operativ sicheres, der weiteren Prüfung empfehlenswerthes.

Die Scheide ist schon von Chopin mit dem prolabirten Uterus entfernt worden, in der neueren Zeit hat man bei schwersten Formen completen Vorfalles mehr und mehr auch die Exstirpation der Scheide in Betracht gezogen. Nachdem in diesen extremsten Fällen die bisher geübten plastischen Operationen, eventuell auch mit Ventrifixura uteri oder Exstirpation desselben nicht einwandsfreie Resultate ergeben haben, ist von P. Müller der Vorschlag gemacht worden, die Scheide zu exstirpiren und den senilen Uterus zurückzulassen, eventuell sein Collum zu amputiren. Dieser Vorschlag muss aber im Princip zurückgewiesen werden, da der Uterus auch bei senilen Umbildungen bedenklichen Erkrankungen ausgesetzt bleibt. Gewiss ist ein Haupteinwand, dass mit dem Fortfall der Scheide die Copulationsfähigkeit der Frau vernichtet wird. In verzweifelten Fällen scheint aber ein solches Opfer durch die Aussicht andauernder Heilung aufgewogen, schliesslich genügt auch die Einstülpung der Narbe im Introitus in solchen Fällen.

Vortragender hat, nachdem er in einem Falle ein solches Endresultat zwei Jahre hindurch verfolgt, innerhalb der letzten zwei Jahre 6 alte Frauen mit colossalem Vorfall der Scheide und des Uterus mit Exstirpatio vaginae et uteri operirt! In einem anderen Falle musste der Uterus wegen Myombildung entfernt werden, in einem bei Tuberculosis uteri et ovarii et tubae utriusque, in einem letzten endlich wurde die Operation bei einer jugendlichen Person ausgeführt. Diese Nullipara war drei Mal, unter Anderem auch mit Ventrifixur wegen ihres Totalprolapses vergeblich von anderer Seite operirt worden, sie war arbeitsfähig, beide Anexorgane enthielten alten gonorrhoischen Eiter.

Gegenüber den von Fritsch operirten und von Asch beschriebenen Fällen weitgehender partieller Exstirpation hat A. Martin die ganze Scheide vom Hymenalring aufwärts entfernt. Der Wundtrichter wird mit dem herabgezogenen und rings an den Wundrand im Introitus angenähten Peritoneum überkleidet. Die Vulva selbst wird nach Art der queren Obliteration geschlossen. In allen Fällen ist die Heilung prompt eingetreten. Functionen von Blase und Mastdarm normal, die Narbenbildung ergibt, dass augenscheinlich eine seichte Delle sich bildet, welche eventuell auch dem Copulationsbedürfniss zu genügen scheint. In den persönlich untersuchten, allerdings erst ½ Jahr alten Fällen hat diese Narbe einen geradezu ausgezeichneten Befund gezeigt. Die Exstirpation der Scheide erscheint als die Vorbedingung für ein günstiges Endresultat. Vortragender erachtet das von ihm geübte Operationsverfahren weiterer Prüfung werth für die schwersten Formen totalen Prolapses von Uterus und Scheide, insbesondere da, wo die weniger ausgedehnten plastischen Operationen erfolglos geblieben sind, wenn auch nach seiner Meinung erst mehrjährige Erfahrung das letzte Wort sprechen wird. Reactionslose Heilung und die straffe Verankerung, welche durch die Verziehung durch die Ligamentstrümpfe entsteht, sichern die Narbe gegen den gefährlichen Druck von oben. Andererseits bildet die Verwachsung der breiten, sich im Wundtrichter berührenden Peritonealflächen eine Sicherung vor Enterocelebildung.

Discussion: Herr Veit will selbst mit der Einschränkung der Operation für die extremsten Fälle die Berechtigung einer so grossen Operation beim Prolaps nicht anerkennen. Denn, da die Scheide nicht die Ursache des Vorfalles ist, dürfen wir nicht Scheide und Gebärmutter entfernen. Unser Bestreben muss vielmehr dahingehen, die Prolapse so zeitig zu operiren, dass derartig verschleppte Fälle nicht mehr vorkommen. Für die extremsten Fälle sollen wir keine radicale Heilung anstreben, sondern nur eine derartige Besserung durch plastische Operationen, dass ein Pessar hält.

Herr Hofmeier: In den verzweifelten Fällen, in denen das Beckenbindegewebe derartig erschlafft ist, dass eine Kolporrhaphie oder eine Ventrifixation keinen Erfolg haben kann, räth Hofmeier gleichfalls, nach Exstirpation des Uterus die Scheide fast vollständig zu exstirpiren und zwar nach der Asch'schen Methode, indem man die Scheidenlappen invertirt, vernäht man zuerst isolirt das Peritoneum, und alsdann die beiden Wundflächen mit einander, so dass eine breite Wundfläche entsteht. Die tiefe Aussackung des Peritoneum, das tief nach unten gezogen wird, könnte vielleicht das Auftreten von Recidiven begünstigen.

Herr Frank hält die Exstirpation der Scheide bei grossen Prolapsen für wichtig, er selbst hat sie mittels Abschnürung des ganzen Vorfalles schon 1887 gemacht. Es kommt diese Operation nur bei grossem Vorfall bei Frauen nach den Wechseljahren in Betracht. Durch Umschnürung des Vorfalles nahm er auch einen grossen Theil des Beckenperitoneums mit, worauf er grossen Werth legt. An die Umschnürung muss man eine plastische Operation anschliessen.

Herr v. Herff macht zur Exstirpation der Scheide bei Carcinom einen perinealen Schnitt und vernäht nach Eröffnung des Douglas das Peritoneum desselben mit dem Peritoneum der Blase und führt so bei jauchendem Carcinom eine extraperitoneale Totalexstirpation des Uterus und der Scheide aus. Bei Prolaps verspricht er sich von keiner Operation in Folge der allgemeinen Enteroptose Erfolg. Die beste Methode scheint ihm die Ventrofixation mit ausgedehnter Kolporraphie zu sein.

Herr Thorn hält den perinealen Weg bei Carcinom der Scheide wegen der Ungünstigkeit der Prognose für die Dauerheilung nicht empfehlenswerth. Der sacrale Weg scheint nach der gewöhnlichen Propagation des Carcinom der richtige Weg zu sein, um Recidive zu vermeiden. Bei Prolaps resecirt Thorn die Scheide ganz weit und vernäht viel parametranes Gewebe durch Catgut.

Herr Freund-Strassburg: Der Hauptgrund des Misserfolges bei den Prolapsoperationen liegt selbstverständlich in der gleichzeitigen Enteroptose. Desshalb erscheint es nicht rationell, einfach etwas vom Beckenboden wegzuschneiden. Freund hat daher den Uterus erhalten und nach Umstülpung in die Scheide eingenäht. Die 3 so operirten und in Frankfurt vorgestellten Frauen sind geheilt, aber die Uteri sind atrophisch geworden, man wird daher diese Operation nur ausführen können, wenn man auf die Functionsfähigkeit der Gebärmutter verzichten will.

Herr Martin erwidert Hofmeier, dass das Peritoneum nicht von oben heruntergezogen wird, sondern es ist gleichfalls mit prolabirt. Die extremen Fälle von Prolaps bedürfen der Hilfe, Bedingung für die Dauerheilung ist aber, dass die Scheide möglichst radical entfernt wird. die Incision muss zu diesem Zwecke in dem Hymenalring gemacht werden.

Herr Thorn: **Die Grenzen der operativen Therapie der Extrauterinschwangerschaft und ihre Ausgänge.** Durch die operative Therapie sind unsere Kenntnisse über das Wesen der ectopischen Schwangerschaft wesentlich gefördert worden, ganz speciell gilt dieses für die ersten 3 Monate der Extrauteringravidität, man kannte diese vor der operativen Aera eigentlich nur in ihren Ausgangsformen, den Haematocelen und den intraligamentären Haematomen, deren Abstammung aus einer ectopischen Schwangerschaft man heute in 90—95 Proc. der Fälle annimmt. Durch die zahlreichen Operationen sind wir zur Erkenntniss gekommen, dass die Extrauterinschwangerschaft eine häufige Erkrankung ist; ihre Häufigkeit schwankt nach den Gegenden. In den grossen Centren des Handels und der Industrie kommt sie öfter vor als in den ländlichen Bezirken.

Nur etwa 10 Proc. aller Fälle gelangen über den dritten Monat hinaus, bei den übrigen tritt der Fruchttod ein, mit den bekannten Ausgängen: Ruptur und Abort, Haematocele und Haematombildung. Die Gefährlichkeit dieser Ausgänge ist stark übertrieben worden. Auf Grund der falschen statistischen Zahlen und im Vertrauen auf den günstigen Verlauf der Laparotomie sind viele Operateure immer mehr zur activen Therapie übergegangen, um der acuten Gefahr bei Ruptur und Abort, der Nachblutung und Zersetzung bei Haematocele und Haematombildung vorzubeugen. Der Beweis, dass die exspectative Behandlung, da wo sie indicirt ist, wirklich so schlechte Resultate liefert, ist von den Anhängern der activen Therapie bisher in keiner Weise geliefert worden. Man fährt fort, auch diejenigen Ausgangsformen der ectopischen Schwangerschaft, deren relative Harmlosigkeit bei geeigneter Pflege und Ueberwachung erwiesen ist, operativ anzugreifen; so operirte Martin von 89 Fällen 77, und da von den übrigen 12, welche exspectativ behandelt wurden, 9 starben, so muss man annehmen, dass dieselben einen operativen Eingriff nicht mehr aussichtsvoll erscheinen liessen; eine ähnliche Operationsfrequenz zeigt Küstner. Thorn hat schon auf der 66. Naturforscherversammlung hervorgehoben, dass die Gefährlichkeit der

Haematocele und intraligamentären Haematome stark überschätzt wird, dass daher eine Indication zum operativen Eingreifen nur durch Blutung und Zersetzung gegeben werde. Da nun erwiesenermassen die ectopischen Schwangerschaften häufig mit Haematom resp. mit Haematocelenbildung endigen, so ist die Prognose viel günstiger, als sie nach den Statistiken erscheint. Th. beobachtete 136 Fälle von tubarer Schwangerschaft und ihrer Ausgänge, davon gehörten 132 den ersten drei Monaten an. Operirt wurden 30 durch Laparotomie, 9 durch Incision, von den Operirten starben 2, eine nach Ruptur in extremis, eine, bei welcher vorher von anderer Seite ein Curettement vorgenommen war, an Sepsis; ausserdem wurde ein Verblutungstod nach Ruptur beobachtet. Bei exspectativer Behandlung heilten 96 Fälle, von denen nur 13 Proc. später Beschwerden hatten, welche sie zum grössten Theil schon vor der Operation in Folge perimetritischer Processe hatten, keine Frau war vollständig arbeitsunfähig. Von den 9 Incisionen wurden 5 wegen Zersetzung gemacht, 4 sollten durch die Incision schneller geheilt werden, was allerdings misslang. Th.'s Grundsätze sind folgende: Alle ectopischen Schwangerschaften und ihre Ausgangsformen sind so bald als möglich in klinische Pflege zu überführen. Jedes lebende extrauterine Ei ist durch die Laparotomie zu entfernen, desgleichen jedes abgestorbene, aber noch im Fruchtsack befindliche Ei, sobald es über den zweiten Schwangerschaftsmonat gelangt ist; ein nur bis zur achten Woche gelangtes Ei kann ohne Nachtheil in der Tube völlig resorbirt werden, doch ist strenge klinische Controle nothwendig. Treten bedrohliche Symptome, die auf Zersetzung oder Nachblutung deuten, ein, so ist die Exstirpation vorzunehmen, bei Ruptur und Blutung in die freie Bauchhöhle ist sofort zu laparotomiren; steht die Blutung, so sollen wir abwarten, wenn eine vorsichtige Untersuchung keinen Tumor im Bereich des Uterus nachweisen lässt. Findet sich ein Tumor in der Tube, so ist das Ei noch nicht ausgestossen, und ist die Laparotomie anzuschliessen. Frische Haematocelen sind nicht zu operiren, Temperatursteigerungen in der ersten Woche sprechen nicht für Zersetzungen; wegen Ausbleiben der Resorption darf nicht vor Ablauf der 6. Woche operirt werden.

Herr **H. A. von Guérard**-Düsseldorf: **Beiträge zum Verlaufe älterer Extrauteringraviditäten.**

Vortragender berichtet über 4 Fälle von Extrauteringravidität im 4. bis 6. Monat, von denen die 3 operirten genasen, der nicht operirte starb.

1. Fall: 33jähr. 11. Para. Nach der letzten Geburt vor 3 Jahren 8—9 Monate Menopause. Darauf reichlicher Blutabgang durch Scheide und Mastdarm. Nun stets unregelmässige Menses und Schmerzen in der rechten Seite Aeusserste Decrepidität und ständige Stuhlverhaltung drängten zur Operation. Rechts Tumor vom Nabel bis tief in's Becken, weich, unregelmässig. Innerlich: das ganze kleine Becken mit Geschwulstmassen ausgefüllt. Therapie Ablösung der Därme. Entleerung der verjauchten Fruchthöhle, in welcher ein macerirter Foetus des 4.—5. Monats enthalten ist. Die Placentarlösung ist nicht möglich, da die Därme dabei einzureissen drohen. Im Douglas faustgrosser Sactosalpinx mit Perforation in's Rectum. Oeffnung des Sackes nach dem Fruchtsack zu. Vorher wurde die Scheide geöffnet und jetzt werden die beiden Höhlen nach unten tamponirt und der Fruchtsack über dem Tampon vernäht. Fieber, das vor der Operation bestand (39—40,5 Grad) verschwindet. Nach einem Jahr völlige Euphorie.

2. Fall: 33jähr. 4. P. glaubt normal im 5. Monate schwanger zu sein. Nach schwerer Arbeit trat ein Collaps ein. Die Kindesbewegungen hören auf. Untersuchung in Narkose ergab: Gravid. extrauterin. mens. V. Operation nach 5 Tagen.

In der Bauchhöhle viel Blut und Fruchtwasser. Der Fuchtsack war rupturirt, die durch den Riss verletzte Placenta hatte geblutet. Ein frischtodter Foetus wird extrahirt. Die Nabelschnur dicht an der Plac. abgebunden. Da die Lösung der auf Därmen sitzenden Placenta wegen starker Blutung, die bei dem collabirten Zustand der Patientin verhängnissvoll zu werden droht, unmöglich ist: Eröffnung der Scheide, Tamponade nach unten. Resection und Vernähung des Fruchtsackes. Schluss der Bauchwunde. Glatte Heilung.

3. Fall. 4. Para., stets an Gallensteinkoliken leidend, bei der Extrauteringravidität war vor längerer Zeit der Fruchtsack in den Darm perforirt. Anhaltende starke Blutungen aus dem Mastdarm zwingen zur Operation Exstirpation des ganzen Fruchtsackes. Grosse Verletzung des Dickdarmes. Adaptiren der Wundränder und Vernähung. Darauf Ventrifixur. Da die Gallenblase stark vergrössert ist, wird die Cholocystotomie (in einer Sitzung) angeschlossen. Entleerung von über 120 Steinen. Glatte Heilung.

4. Fall. 25jährige III Gravida. Perforation in den Darm. Operation verweigert, darauf 3 Monate Euphorie, dann Perforation eines kleinen, am Darm adhaerenten Eitersackes (alter Fruchtsack). Peritonitis septica. Exitus.

Auch diese Erfahrungen drängen dazu, bei vorgeschrittener Extrauteringravidität stets sofort zu operiren. Nach Zeiten völliger Euphorie kann immer noch Gefahr eintreten (Fall 4).

Die Operation soll, wenn möglich, in der Totalexstirpation des Fruchtsackes bestehen, wenn diese nicht möglich ist, schlägt Vortragender die Eröffnung der Scheide, Tamponade nach unten, Resection und Vernähung des Fruchtsackes, sowie völligen Schluss der Bauchhöhle vor. Die Vortheile des Verfahrens sind Verkleinerung der Höhle, daher schnelle Heilung, besserer Abschluss nach aussen, Schutz vor Verjauchung und Zersetzung durch guten Abfluss der Secrete, zugleich hierdurch Verminderung der Spülung, Verhütung von Bauchbrüchen durch exacte Naht der Bauchwand. Endlich ist die Reconvalescenz für die Patientin bedeutend angenehmer wie lange Tamponade und Spülungen durch die Bauchhöhle. Die Tamponade selbst soll mit langen schmalen Streifen, behufs besserer Entfernung derselben, geschehen.

Herr **J. Veit: Ueber die Therapie der frühzeitig abgestorbenen Extrauterinschwangerschaft.**

Vortragender betont, dass zwar darüber Einigkeit besteht, dass man bei lebender Frucht in frühen Monaten einer Extrauterinschwangerschaft sofort die Exstirpation des Fruchtsackes vornehmen muss (wegen der Möglichkeit einer plötzlichen Ruptur), dass dies aber praktisch relativ selten in Frage kommt, weil die Diagnose nicht gestellt wird. (Vortragender demonstrirt ein derartiges Präparat.) Ist aber die Entwickelung des Fruchtsackes durch den Tod der Frucht beendet, so sind die Grundsätze der Behandlung nicht überall gleichmässig. Im Anschluss an eine werthvolle Arbeit von Fehling, die sich mit der Indicationsstellung eingehend beschäftigt, legt Vortragender seine Ansichten dar. Aus der Pathologie scheint ihm hierfür beachtenswerth, dass sich neben und fast unabhängig von tubarem Abortus Haematocele bilden kann, dass es auch nach dem Tode der Frucht noch zur Ruptur kommen kann (Demonstration eines derartigen Präparates), dass alsdann aber nach dem Tode der Frucht verschiedenartige Erscheinungen auftreten, dass man daher unerwartet die Ruptur nur bei lebender Frucht eintreten sieht und endlich, wie auch Fehling betont, dass die Diagnose auf tubaren Abortus mit oder ohne Haematocele nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen ist, man kann oft nur erkennen, dass ein Tubentumor vorliegt.

Nach ausführlicher Besprechung der verschiedenen Ansichten und kurzer Begründung seiner eigenen resumirt Vortragender seine therapeutischen Vorschläge bei abgestorbener frühzeitiger Tubenschwangerschaft dahin, dass man bei ausgebildeter Haematocele nicht operiren soll, dass man die Retention eines abgestorbenen Eies in der Tube, den tubaren Abortus mit und ohne Haematocele bei solitärer Haematocele ebenso behandeln soll wie jede andere Tubenerkrankung, d. h. nach den Erscheinungen und gewissenhafter Erwägung derselben hat man die Indicationen zur Operation zu stellen. Eilige Entschlüsse sind hierbei nicht nöthig; es ist nicht richtig, alle zu operiren, aber auch manchmal seltener als bisher geschehen nöthig zu operiren. Die Entscheidung liegt hier in den Symptomen.

Discussion: Herr E. Falk-Berlin glaubt, dass es sehr schwierig sei, festzustellen, ob es sich um eine Ruptur, vollkommenen Abort mit Ausstossung des Eies in die Bauchhöhle oder unvollkommenen Abort mit Zurückhalten der abgestorbenen Frucht in dem Eileiter handelt, da es auch in den letzten beiden Fällen zu stärkerer Blutung in die freie Bauchhöhle kommen kann, theils durch stärkere Einrisse am abdominalen Ende der Tube, theils durch Blutung aus der Placentarstelle. In diesen Fällen muss, wenn es nicht bald zur Haematocelenbildung kommt, auch bei tubarem Abort operirt werden. Unter 12 frischen Fällen in den letzten 2 Jahren war es 2 mal zur Ausbildung einer grossen Hamatocele gekommen, welche unter abwartender Behandlung geheilt wurden, 10 mal musste die abdominale Koeliotomie gemacht werden, 9 Frauen genasen, stets fand sich, und zwar 8 mal, ein sehr beträchtlicher Bluterguss in die freie Bauchhöhle. Unter diesen 10 Fällen handelt es sich 2 mal um einen reinen Abort, 5 mal um eine ausgesprochene Ruptur, in 2 Fällen um Zerreissung der Ampulle, durch Austritt des Abortiveies bedingt, und 1 mal endlich um eine secundäre Abdominalgravidität nach Ruptur einer Tubargravidität. Klinisch lässt sich also — im

Gegensatz zur pathologisch anatomischen Bezeichnung, die Scheidung zwischen Tubarabort und Tubarruptur nicht sicher durchführen. Wichtig hingegen ist, festzustellen, ob es zu einer Abkapselung des Blutergusses gekommen ist, oder voraussichtlich kommen wird, alsdann sollen wir mit der Operation warten, oder ob es dazu nicht gekommen ist, alsdann ist die abdominale Koeliotomie indicirt.

Herr Frommel: Bei allen Fällen von Tubarabort können wir ein exspectatives Verfahren einschlagen, ob aber eine Retention des Eies vorliegt, lässt sich auch auf Grund exacter Untersuchung häufig nicht entscheiden. Bei Haematocele ist ein abwartendes Verfahren angezeigt, von dem wir nur auf Grund bestimmter Indicationen abgehen dürfen.

Herr v. Herff betont gleichfalls die Schwierigkeit der Diagnose bei Extrauteringravidität, es sind daher die Statistiken über nicht operirte Schwangerschaft von nur relativem Werth; man kann insbesondere nicht wissen, ob Ruptur oder Abort vorliegt. Vor jeder eingehenden Untersuchung direct nach der Ruptur ist im Interesse der Frau dringend zu warnen.

Herr Everke befürwortet ebenfalls eine exspectative Behandlung des tubaren Aborts, wenn sich bereits eine Haematocele gebildet hat, er musste trotzdem im letzten 1/4 Jahre 3 mal operativ vorgehen, 2 mal wegen Vergrösserung der Tumoren während der Beobachtung. Gegen uterine Blutung bei abgekapseltem Haematom hält er eine Abrasio für ungefährlich.

Herr Freund: Die Zuspitzung der Frage, ob operiren oder nicht operiren, hängt ganz von der Möglichkeit einer exacten Diagnosenstellung ab. So genau zu untersuchen, wie es Thorn verlangt, ist gefährlich; nach Freund kommt es vor Allem darauf an, festzustellen, ob die Tube geplatzt ist, oder ein Abort vorliegt; im letzteren Falle kann man auf Bildung von Haematocelen rechnen. Die Tube platzt nur, wenn sie infantil ist, die normale Tube kann sich sehr stark ausdehnen, oder die Frucht wird ausgestossen. Bei infantiler Tube muss eine Ruptur eintreten. Eine 2. Ursache der Ruptur ist myxomatöse Entartung des Chorion, welche sich leider nicht diagnosticiren lässt. Wenn man eine Frau mit Zeichen einer inneren Blutung in Behandlung bekommt, und man andere Zeichen des Infantilismus findet (schwach geneigtes Becken, schlecht entwickelte Mammae, weit vorragende Clitoris etc.), so kann man eine Ruptur annehmen, und soll sofort operiren, während man bei Abort sehr lange warten kann.

Herr Martin steht der Möglichkeit der Diagnosenstellung sehr misstrauisch gegenüber. In einem Fall von Haematocele trat 14 Tage später ganz schnelle Verblutung durch ein ganz kleines Loch in der dicken Schwarte ein. M. ist daher noch schwankend, ob bei Haematocele ein exspectatives Verfahren oder Operation vorzuziehen sei, nur in klinischer Behandlung ist der Frau zu helfen, wo sofort operirt werden kann.

Herr Fehling warnt vor der Narkosenuntersuchung im Hause der Kranken behufs Stellung der Diagnose. Eine strenge Individualisirung sei bei der Vornahme einer Operation erforderlich: keineswegs verwerfe er grundsätzlich bei Haematocele die Operation.

Herr Thorn will die Untersuchung keineswegs roh und gewaltsam ausgeführt wissen, wohl aber müsse durch die vorsichtige Untersuchung festgestellt werden, ob ein completer oder incompleter Abort vorliegt. Zeigt die Tube noch einen Tumor, so ist die Operation angezeigt, ist die Tube leer, so wartet man ab, in diesem Falle kann die Untersuchung nichts schaden. Die Gefahren der Extrauteringravidität werden von den praktischen Aerzten überschätzt.

Abtheilung für Kinderheilkunde.

Referent: Dr. B. Bendix-Berlin:

II. Sitzung am 20. September 1898.

1. Herr **Carstens**-Leipzig: I. Referent: **Ueber die Vortheile und Nachtheile der Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch.**

Vortragender sagt, Heubner folgend, in der Einleitung, dass über den Werth einer Ernährungsweise nicht das Laboratorium, sondern die Erfahrung am Menschen das letzte Wort zu reden habe.

Auf Veranlassung des Vortragenden ist auf dem unweit Leipzig gelegenen Rittergut Medewitzsch (Freiherr v. Streit) eine Sterilisiranstalt in's Leben gerufen, die nach Soxhlet'schen Principien für alle Lebensmonate trinkfertige Milch in verschiedenen Mischungen mit 6 proc. Milchzuckerlösung in den Handel bringt. Besonderer Werth wird auf die Anwendung des Reformmelkeimers (Stieger, Beveresen) gelegt, sowie auf die sofortige Sterilisirung in sterilen Flaschen unmittelbar nach der sauberen Melkung und zwar am Ort der Production.

Im 2. Theile seines Vortrages verbreitet sich Redner über die krankhaften Erscheinungen, die bei mit sterilisirter Milch ernährten Kindern zur Beobachtung kommen (Morbus Barlow-Möller, Anaemie, Rachitis) und redet einer mehr gemischten Kost das Wort.

Ueber die Erfahrungen, die bei der Ernährung mit Streitscher Milch, bei denen übrigens Fälle von Barlow'scher Krankheit nicht zur Beobachtung kamen, hat Vortragender verschiedene Tabellen angelegt, in denen die Erfolge übersichtlich zusammengestellt sind.

Zum Schluss fasst Vortragender seine Ansichten in folgende 10 Thesen zusammen:

1. Die Milch der gesunden und während der Lactation gesund bleibenden Mutter ist das beste Nahrungsmittel für den Säugling.

2. Wenn sauber gemolkene, frische, in sauberen Gefässen transportirte Milch zur Verfügung steht, ist die einfache Abkochung bezw. die kurz (etwa 10 Min.) dauernde Sterilisation im Hause der Verwendung von fabrikmässig sterilisirter Milch vorzuziehen.

3. Der Reformeimer garantirt eine wesentlich reinlichere Melkung als die bisher üblichen Eimer.

4. Die im Grossbetrieb hergestellte sterilisirte Kuhmilch ist, wenn die ganze Herstellung dauernd controlirt wird, als Ersatz für Frauenmilch gut zu gebrauchen.

5. Es darf nur sauber und frisch gemolkene Milch bei der Sterilisation zur Verwendung kommen und die Flaschen müssen leer sterilisirt werden. Molkereimilch eignet sich zur Sterilisation im Grossen nicht.

6. Die Sterilisation kann ohne Schaden für den Consumenten 30 Minuten dauern.

7. Die Milch muss am Orte der Production für die verschiedenen Lebensmonate trinkfertig hergestellt werden.

8. Die Drittelmischung ist in der Hauptsache für den 1. Lebensmonat nur abnorm kleiner Kinder bestimmt, vom 2. Monat an kann man zu stärkeren Concentrationen übergehen. Stets muss das Individuum berücksichtigt werden.

9. Die ausschliessliche Ernährung mit sterilisirter Milch über den 9.—10. Monat hinaus ist zwar oft nicht schädlich, aber doch nicht zu empfehlen.

10. Fällt der 9.—10. Monat in die heisse Jahreszeit, so ist es rathsam, neben der sterilisirten Milch, Suppe, Zwieback, Gries, Reis, frische Gemüse etc. zu geben, fällt jener Monat in die kühle Jahreszeit, so tritt an Stelle der sterilisirten Milch möglichst die nur abgekochte Milch in ihre Rechte.

2. Herr **v. Starck**-Kiel, II. Referent: **Nachtheile der Milchsterilisirung.**

Die Feststellung der Nachtheile der Ernährung der Säuglinge ist von grösster Wichtigkeit. Demgemäss sehen wir, dass diese Frage von den Kinderärzten diesseits und jenseits des Oceans lebhaft discutirt wird. Das zeigen auch die Verhandlungen der amerikanischen Kinderärzte zu Cincinnati im Juli ds. Js., wo besonders die Beziehungen des Scorbutus infantum (Barlow'sche Krankheit) zur Ernährung mit sterilisirter Milch erörtert wurden.

Vortragender hat für die Zwecke seines Referates bei den Aerzten der Provinz Schleswig-Holstein eine Anfrage über ihre Erfahrungen mit sterilisirter Milch speciell beobachteten Schädlichkeiten veranstaltet und auf 400 Fragebogen ca. 300 Antworten erhalten.

Denn nur das Zusammentragen möglichst vieler Einzelbeobachtungen und Erfahrungen könne in dieser Sache zu einem Urtheil führen. Die Erfahrungen weniger Aerzte mit dieser oder jener Ernährungsmethode beweisen nichts, selbst sorgfältige Stoffwechselversuche an einzelnen Kindern gestatten keine allgemeinen Schlüsse. Gerade bei der künstlichen Säuglingsernährung führen so viele Wege zum Ziel und doch gibt es keinen absolut sicheren. Vor 30 Jahren gab man allgemein rohe Milch und die Kinder gediehen auch, jetzt soll nach der Meinung vieler Aerzte nur sterilisirte Milch als Ersatz der Frauenmilch gelten.

Aber ob sterilisirt oder sonst noch verändert, Kuhmilch bleibt Kuhmilch, und der Magen des Säuglings ist zunächst eingerichtet und eingestellt für Frauenmilch, ein Gebilde ebensoviel zarter und edler als Kuhmilch, wie der Säuglingsmagen als der eines Kalbes. Dies immer wieder zu betonen ist berechtigt wegen der Ueber-

schätzung, welche sterilisirte und präparirte Milch bei manchen Aerzten und besondern beim Publicum gefunden hat.

Rohe Milch nun Säuglingen zu geben, ist nur unter besonderen Verhältnissen möglich. Allgemein ist weder die Tuberculinimpfung der Kühe bisher genügend durchgeführt, noch die Viehhaltung und die Milchgewinnung so sauber, dass es überall erlaubt werden könnte. Vielmehr ist das Erhitzen nicht zu entbehren, und der Gedanke, die Milch zu sterilisiren, ehe sie in das Haus des Consumenten kommt, hat viel für sich. Man hat aber nicht nur die Sterilisation in den letzten 2 Jahrzehnten viel angewandt, sondern auch zahlreiche, besonders präparirte und sterilisirte Milchsorten verwendet, die das Gemeinsame haben, dass sie sich bemühen, die durchschnittliche Zusammensetzung der Frauenmilch nachzuahmen.

Die ausgedehnte Anwendung dieser Milchsorten hat auf die Höhe der Kindersterblichkeit der Städte keinen deutlichen Einfluss gehabt, da dieselben wegen ihres hohen Preises für die ärmere Bevölkerung unzugänglich sind.

Am meisten Verbreitung hat die im Haus nach Soxhlet sterilisirte Milch gefunden. Die bei dem Gebrauch derselben beobachteten Nachtheile beziehen sich wesentlich auf ausschliessliche, viele Monate durchgeführte Ernährung mit 45 Minuten oder länger, d. h. nach der ursprünglichen Vorschrift gekochter Milch. 28 Proc. der befragten Aerzte geben Schädlichkeiten an und zwar: 24 mal schlechteres Gedeihen, als bei gewöhnlich gekochter Milch, dazu Anaemie, Dyspepsie, 17 mal Rachitis, häufiger als sonst, 10 mal hartnäckige Obstipation. Ein Arzt spricht geradezu von Soxhlet-Erkrankungen. Von schweren Störungen kamen in der Praxis derselben Aerzte 14 Fälle Barlow'scher Krankeit vor. In der deutschen und fremden Literatur finden sich noch eine grössere Zahl gleicher Fälle.

Auf die Unvollkommenheit der sog. Dauermilch hat Flügge hingewiesen, besonders auf die peptonisirenden Bacterien in derselben.

Eine der zuerst verwandten Dauermilchen, die Scherff'sche Milch aus Bendorf bei Eutin. Im Allgemeinen gute Erfahrungen damit gemacht, aber 7 Fälle Barlow'scher Krankheit dabei bekannt geworden.

Von einer anderen sterilisirten Milch in Schleswig-Holstein 18 Fälle Barlow'scher Krankheit berichtet, von sterilisirter Milch ohne genaue Angabe der Herkunft weitere 18. Der grosse amerikanische Bericht über Scorbutus infantum in Nordamerika gibt nur an, dass von 379 Fällen von Skorbut überhaupt in 107 Fällen sterilisirte Milch die Nahrung der Säuglinge gewesen war.

Nachtheile, die sonst noch von Ernährung mit sterilisirter Milch (nach Soxhlet) erwähnt, sind: Dyspepsie, schlechte Gewichtszunahme, Magendarmaffectionen, Rachitis, gedunsenes Aussehen, starke Obstipation.

Von den besonders präparirten, sterilisirten Milcharten am meisten verbreitet ist die Gärtner'sche Fettmilch. Viele Aerzte sehr zufrieden damit, doch leistet sie nach Czerny's Beobachtungen bei magendarmkranken Säuglingen nicht mehr, als die Kuhmilchverdünnungen. 2 Fälle Barlow'scher Krankheit bei ihr vorgekommen; einige Aerzte haben ungenügende Entwicklung, Anaemie, Rachitis bei längerer Ernährung damit gesehen.

Auch das Biedert'sche Rahmgemenge kein Schutz gegen Barlow'sche Krankheit. 2 derartige Fälle davon berichtet. Ebensowenig die Backhausmilch. Mit Voltmer's sog. künstlicher Muttermilch nicht alle Aerzte so zufrieden wie Drews. Rachitis, Barlow'sche Krankheit, Stillstand in der Entwicklung etc. danach beobachtet. Von Somatosemilch 1, von Rieth'scher Albumosemilch 12 Fälle Barlow'scher Krankheit in der Literatur bekannt, von Pfund'scher Fettmilch 1.

Jedenfalls ist weder für die sterilisirte Milch noch die besonders präparirten sterilisirten Milchsorten bewiesen, dass sie bei der künstlichen Ernährung mehr leisten als die Kuhmilchverdünnungen. Nachtheile fast nur berichtet aus Städten, Landärzte berichten, dass sie nie Veranlassung gefunden hätten, etwas Anderes anzuwenden, als frische Milch.

Die Umfrage in Schleswig-Holstein ergibt 67 neue Fälle von Barlow'scher Krankheit.

Der innige Zusammenhang dieser Krankheit mit der Ernährung ergibt sich aus der Wirkung einer zweckmässigen Aenderung der Diät. Das Zusammentreffen der Barlow'schen Krankheit mit Rachitis ist nur zufällig, eine causale Beziehung besteht nicht.

Bestimmte Zahlenangaben über die Häufigkeit der berichteten einzelnen Nachtheile: Dyspepsie, mangelhafte Entwickelung, Anaemie, Rachitis, Scorbut bei den mit dieser oder jener sterilisirten Milch ernährten Kindern zu machen, ist nicht möglich. Ebenso ist die Frage, welche Eigenschaften der sterilisirten Milch schädlich wirken können, nicht exact zu beantworten.

Beim gewöhnlichen Kochen resp. im Haussterilisiren der Milch wird die Menge der löslichen Kalksalze verringert, das Albumin zum Theil ausgeschieden, die Gase ausgetrieben, gewisse aromatische Bestandtheile zerstört; bei längerem und höherem Erhitzen kann es ausserdem noch zum Zerspringen von Milchkügelchenhüllen, Caramelisiren von Milchzucker, zur Zerstörung von Lecithin kommen. Die erstgenannten Veränderungen erscheinen nicht so erheblich, dass sie den Nährwerth der Milch als Säuglingsnahrung wesentlich zu beeinflussen brauchen, die zweiten dagegen nicht unbedenklich.

Bei Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch ist eine grosse Einseitigkeit der Nahrung sich vorhanden. Wir bemühen uns förmlich, die Kinder einseitig zu ernähren; monatelang bekommen dieselben oft eine chemisch und physikalisch gleichartige Nahrung, im Gegensatz zur natürlichen Ernährung, die durch den wechselnden Gehalt (der Milch) an Eiweiss, Fett und Milchzucker sowohl bei der Frauenmilch, wie der Milch der einzelnen Kuh eine beständige Abwechslung gewährt. Der hierin liegende Nachtheil der sterilisirten Milch, wie wir sie meist anwenden, ist vielleicht wichtiger, wie die Veränderungen, welche längeres Kochen in der Milch hervorruft. Die Beobachtung, dass eine Aenderung der Diät überhaupt die Erscheinungen des Scorbut zum Verschwinden bringen kann, spricht dafür.

Trotz der anzuerkennenden Nachtheile können wir vorläufig auf Erhitzen der Milch und Sterilisiren, wo es noth thut, nicht verzichten. Was wir nöthig haben, ist eine krankheitskeimfreie Milch und diese ist schon zu erzielen durch Pasteurisiren. Für den überwiegenden Theil der Bevölkerung wird einfach aufgekochte Kuhmilch der normale Ersatz der Frauenmilch bleiben. Die Erfolge damit sind durchaus befriedigend, wenn sie sauber geliefert, sauber weiter behandelt und gut conservirt wird.

Referent kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die fortgesetzte und ausschliessliche Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch in ihren verschiedenen Formen führt bei einer erheblichen Zahl von Kindern zu Ernährungsstörungen, welche sich als starke Anaemie, Rachitis, Skorbut etc. äussern.

2. Neben den physikalischen und chemischen Veränderungen der Milch müsse besonders die unvermeidliche Einförmigkeit der Ernährung dafür verantwortlich gemacht werden.

3. Solange die Beschaffung reiner, krankheitskeimfreier roher Milch nicht möglich ist, bedarf die Milch zur Säuglingsernährung des Erhitzens.

4. Der Grad und die Dauer des Erhitzens sollte sich richten nach der Beschaffenheit der Milch und nach der Möglichkeit, sie zu conserviren.

5. Für bestimmte Verhältnisse ist die Sterilisation der Milch unentbehrlich.

6. Frische, saubere, aufgekochte Milch gibt gleich gute Resultate, wie sterilisirte Milch, ohne die Nachtheile, welche letztere mit sich bringen kann. Sie bleibt demnach zur Zeit der normale Ersatz der Frauenmilch.

Discussion: 1. Herr Heubner-Berlin hebt hervor, dass er aus den Referaten zu seiner Freude ersehen hat, dass es zweifelsohne ist und durch viele Einzelfälle bewiesen, dass bei gesunden Kindern die einfach verdünnte Kuhmilch auf alle Fälle dasselbe leistet, wie die häufig so reclamehaft in die Welt geschrieenen künstlichen Nährpräparate.

H. macht ferner im Anschluss hieran auf die Fortführung der bereits im vorigen Jahre hier erwähnten vollkommenen Stoffwechselversuche aufmerksam. Es wären jetzt Versuche an einem Flaschenkind, leidlich gesund, und an einem atrophischen Kinde (einmal mit verdünnter, später mit Mehlnahrung gepäppelt) ausgeführt. Neben vielen interessanten Einzelheiten ist aus diesen Experimenten hervorzuheben, dass der N-bedarf des wachsenden Säuglings kein constanter Begriff, sondern dass bei den einzelnen

Individuen ein verschiedenes Bedürfniss besteht; ferner ist der Eiweissansatz und Ausnutzung, wie beim Erwachsenen, so auch beim Säugling wesentlich abhängig von der Menge der N-freien Nahrungsbestandtheile, welche neben dem N gereicht werden. Von gesunden Kindern werden auch verhältnissmässig grosse Mengen von Eiweiss ohne Schaden vertragen. Und etwas grössere Eiweissmengen als unbedingt nothwendig erscheinen H. noch immer vortheilhafter, als zu grosse Mengen von Flüssigkeiten.

2. Herr Schlossmann-Dresden hat aus den Vorträgen ersehen, dass jetzt allgemein die verschiedenen Arten von Eiweisskörpern in der Milch anerkannt zu sein scheinen, während man vor 2 Jahren darüber noch eifrig disputirt hat. Die wechselnden Verhältnisse zwischen Casein und Albumin, wie Kleusen es annimmt, haben sich nicht bestätigt. Eine Ernährung von Säuglingen des ersten Monats mit 1/3 Milch hält S. für nicht rationell, da zu grosse Mengen zugeführt werden mussten, um den Calorienbedarf zu decken und hierdurch die Gefahren der Magendilatation und Schwächung der motorischen Function heraufbeschworen wurden.

Der Preis von Streit'scher Milch ist wohl zu theuer für allgemeinen Gebrauch. Die Ziege ist nicht frei gegen Tuberculose, wie Herr von Starck meint.

Eine Eiweissaufnahme von 6 g pro die hält er für ausreichend für den Säugling.

3. Herr Czerny-Breslau: Wir nehmen eine grosse Verantwortung auf uns, wenn wir auf die eine oder andere interessante Beobachtung hin sofort irgend welche Normen für die Ernährung von Säuglingen hier aufstellen. Da dieselbe nicht nur in die Fachschriften, sondern auch in die Tagesjournale übergehen, müssen wir doppelt vorsichtig sein. Wenn manche gesunde Säuglinge auch eine eiweissreiche Nahrung scheinbar ohne Schaden vertragen, darf uns dies nichs veranlassen, im Allgemeinen für eiweissreiche Säuglingsnahrung einzutreten. Ferner fällt es Cz. auf, dass auch hier, wenn über Säuglingsernährung gesprochen wird, leider niemals eine Ernährung kranker und gesunder Säuglinge getrennt wird. Jedes Urtheil über Nahrungsmittel muss verschieden lauten, wenn letztere bei gesunden oder wenn sie bei kranken Kindern angewendet werden.

4. Herr Knöpfelmacher-Wien hält streng daran fest, dass die verschiedenen Resultate bei Frauen- und Kuhmilchernährung hauptsächlich in der verschiedenen Beschaffenheit der Eiweisskörper beider Milchen beruht.

5. Herr D'Espine-Genf hat nie Barlow gesehen; er kennt nur Vortheile von einfach sterilisirter Milch, bei künstlichen fabrikmässig hergestellten Milchpräparaten hat D. allerdings einige Beispiele von schlechtem und blassem Aussehen bei Kindern beobachtet.

6. Köppen-Giessen weist nochmals, wie schon im vorigen Jahre, auf die Bedeutung der Salze in der Ernährungsfrage hin.

7. Herr v. Ranke-München hat in der Stadt München, wo die Soxhleteinrichtung doch so ausgebreitet ist wie kaum in einer andern Stadt, im Ganzen nur 4—5 Fälle von Barlow'scher beobachtet. Er glaubt, dass auch locale Verhältnisse für diese Krankheit von Einfluss sind.

8. Herr Lange-Leipzig hat gleichfalls nur vereinzelte Fälle von Barlow'scher Krankheit gesehen. Für die allgemeine Ernährung von armen Kindern ist Streit'sche sterilisirte Milch nicht zu verwenden; dafür empfiehlt sich das billige Verfahren, die Milch mit dem Flügge'schen Kochtopf im Haushalt aufzukochen.

9. Herr Meinert-Dresden schlägt neue Versuche mit roher Milch vor, mit deren Anwendung er sehr gute Erfahrungen gemacht hat.

10. Herr Escherich-Graz hat nie Barlow'sche Krankheit gesehen. Hat mit Gärtner'scher Fettmilch gute Erfahrungen gemacht. Dieselbe ist eigentlich auch kein künstliches Nahrpräparat, sondern eine centrifugirte, dann verdünnte und mit Fett angereicherte Milch. E. regt ferner die Frage an, ob nicht die guten Erfahrungen mit roher Milch auf die in der Milch vorhandenen Fermenten beruhen, die antitoxische Eigenschaften besitzen. Für die Kuhmilch sind solche allerdings noch nicht nachgewiesen.

11. Schlusswort Herr Carstens betont, dass er natürlich in diesem Referat immer nur von gesunden Kindern gesprochen hat. 1/3 Milch verwendet C. nur als sogen. Probemilch, und verträgt diese der junge Säugling, so wird sofort die Concentration erhöht. Was den Preis anbetrifft, so ist derselbe allerdings theuer. derselbe beträgt pro Monat pro Kind 20—25 Mark. Indessen wurde sie auch bei armen Leuten angewendet, indem 1/3 L-Flasche (zu 15 Pf.) gekauft wurde und diese durch Zusatz von gesalzter, versüsster und durch Hinzufügen von Butter nahrhafter und schmackhafter gemachter Mehlabkochung verdünnt wurde.

12. Schlusswort Herr v. Starck: Er gibt Herrn v. Ranke zu, dass vielleicht regionäre Einflüsse das Auftreten von Morbus Barlowii beinflussen mögen. Der Empfehlung von roher Milch kann er nur unter ganz besonderen Bedingungen das Wort reden.

3. Herr **D'Espine**-Genf: **Ueber einen Fall von generalisirter Vaccine.**

Dieser Fall, welcher zugleich im Namen von Herrn Dr. Jeaudin, welcher denselben mitbeobachtet hat, mitgetheilt wird, ist bei einem 11 monatlichem Mädchen vorgekommen. Die Lymphe war aus dem bewährten Institut von Lanej. Es handelte sich um keine Autoinoculation, sondern es war eine Ausbreitung der Pusteln auf den ganzen Körper bei vorher intacter Haut, ohne Ekzem etc. Diese Eruptionen traten am 8. Tage nach der Impfung auf, auch 4 kleinere auf der Mundschleimhaut waren vorhanden. Das Befinden des Kindes war trotzdem gut. Fieber nicht viel über 38 vorhanden. Temperatur am 11. Tage normal, die Eintrocknung begann auch um diese Zeit und am 19.—20. Tage fielen die Borken ab, der Process war beendet.

Discussion: Herr Siegert-Strassburg kennzeichnet die interessante Thatsache, dass diese Eruptionen der Variola sehr ähnlich seien. Die Lymphe stamme aus einem Institut, wo die Lymphe gewonnen wird durch Verimpfung von Variola auf das Kalb und wiederholte Umzüchtung.

4. Herr **Schmid-Monnard**-Halle a. S.: **Ueber die Nahrungsmengen normaler Flaschenkinder.**

Verfasser hat in der Praxis die Erfahrung gemacht, dass Nährpräparate, welche längere Zeit höheren Hitzegraden ausgesetzt werden, ungünstig auf den Gesundheitszustand der damit ernährten Säuglinge einwirken. Er hat desshalb den Erfolgen der Ernährung mit frischer Kuhmilch und deren Mischungen mit Zucker, Wasser und Rahm sein Augenmerk zugewandt, mit Rücksicht auf die 2 Klippen der Kuhmilchernährung, zu geringer Nährwerth oder zu grosses Volumen. Er hat seine Beobachtungen über Jahresfrist an einer Reihe von Säuglingen angestellt unter Vergleichung von Volum, chemischer Zusammensetzung und Brennwerth der Nahrung und der dadurch erzielten Körpergewichtszunahme.

Es zeigten sich, wie bei Brustkindern, Schwankungen an Nahrungsbedarf um das Doppelte. Das tägliche Calorienbedürfniss indess, pro 1 kg Körpergewicht berechnet, blieb sich stets gleich. Es war wesentlich grösser bei Flaschenkindern (131 Cal. pro Tag und 1 kg Körpergewicht) als bei Brustkindern (99 Cal.). Es ist das ein Luxusverbrauch, der in dem geringen Fett- und Kohlehydratgehalt der condensirten Kuhmilch begründet ist. Während das Calorienbedürfniss innerhalb des ersten halben Jahres nur in geringen Grenzen (117—139 pro Tag und Kilogramm) schwankt, wird der Körperansatz, pro Kilogramm Körpergewicht berechnet, stetig geringer. Es wird also im Anfang mehr zum Anbau verwandt als später.

Die Gewichtszunahme verringert sich in ähnlicher Weise wie bei Brustkindern. In der ersten Zeit werden 35 kg in 4 Wochen angesetzt (per 1 kg Körper), am Ende des ersten Vierteljahres noch die Hälfte (16,3 g) und am Ende des ersten Halbjahres nur noch ein Viertel (8,1 g).

Bedeutungsvoll ist, dass, wenn auch die mittlere Körperzunahme bei allen Flaschenkindern zusammen genommen im Wesentlichen dieselbe ist wie bei den Brustkindern, doch unter den verschieden genährten Flaschenkindern grosse Unterschiede bestehen. Nur die im ersten Halbjahr mit etwas verdünnter Milch und starkem Zuckerzusatz nach Heubner's Vorschrift genährten Kinder, sowie ein mit Backhaus und ein mit dünnem Rahmgemenge und Zucker ernährtes Kind hatten eine Körpergewichtszunahme ähnlich den Brustkindern. Dagegen ergaben die sehr fettreichen, sehr concentrirten Milchsorten (Gärtner, reine Milch, starkes Rahmgemenge) vor einem halben Jahre keine bedeutende Körpergewichtszunahme. Nach einem halben Jahr ergaben letztere Nahrungsgemenge wiederum gute Erfolge.

Der Körpergewichtsansatz ist also im ersten Halbjahr abhängig 1. von der chemischen Natur der calorienliefernden Nährstoffe, und zwar so, dass Kohlehydrate nicht, und Fett nur schwer entbehrt werden können, 2. von der Menge der Calorien in der Nahrung, indem bei Darreichung unter einer gewissen Summe Unterernährung eintritt, 3. aber kommt ein weiterer Factor hinzu, das grössere Assimilationsvermögen bei relativ kleinerem Körpergewicht. Diejenigen Kinder haben einen grösseren Nutzeffect, eine raschere Zunahme, welche die leichteren sind, die Kinder mit schwachem Capital erzielen höhere Zinsen. Die schwachen Kinder reissen das Eiweiss an sich, bei den kräftigeren geht es wenig genützt durch den Körper. Selbst in den verdünntesten Lösungen ist genug Eiweiss, nicht aber immer genug Fett und Kohlehydrate zur Bestreitung von Wärme und Kraftverbrauch. Trotz der wesentlich höheren Calorienzahl in der Flaschenkindernahrung ist der Ansatz fast nie so gross, wie bei den Brust-

kindern. Während die Einnahme des Brustkindes im ersten Jahr $3^1/_2$ kg Eiweiss, 12 kg Fett und 20 kg Kohlehydrate beträgt, erhalten die Flaschenkinder im ersten halben Jahr zwar $5^1/_3$ kg Eiweiss, aber von den wichtigen, kraft- und wärmespendenden Stoffen Fett nur $6^2/_3$ und Zucker nur $10^1/_2$ kg, also kaum ausreichend. Die zweckmässige Ernährung der Zukunft ist für kräftige Kinder vor einem halben Jahr $^1/_2$ oder $^2/_3$ Milch mit Kohlehydratzusatz, für schwächere $^1/_3$ Milch mit Kohlehydrat event. mit Rahmzusatz. Ueber Backhausmilch fehlt die nothwendige grössere Zahl von Beobachtungen. Anscheinend hilft sie über manche Verlegenheiten hinweg, wird aber selten für längere Zeiten vertragen.

Discussion: Auf eine diesbezügliche Anfrage des Herrn Czerny erwidert Schmid-Monnard, dass Stoffwechseluntersuchungen nicht gemacht worden wären, sondern nur die Einnahme bestimmt und dann festgestellt, welcher Ansatz stattgefunden habe.

5. Herr **Keller**-Breslau: **Ueber eine künstliche Ernährung kranker Säuglinge und Erfolge in der Klinik.**

Wir finden bei magendarmkranken Säuglingen, bei unzweckmässiger Ernährung vermehrte Ammoniakausscheidung, diese ist das Zeichen einer gesteigerten Bildung und Ausscheidung saurer Stoffwechselproducte. Da es bei der Säureintoxication zu einem Verlust des Organismus an fixen Alkalien kommt, halten wir eine alkalienreiche Nahrung für den kranken Säugling für nothwendig. Was die Bestandtheile der Nahrung im Uebrigen anbetrifft, so vermeiden wir Zufuhr einer grossen Menge von Milcheiweiss, ebenso von Fett, und suchen den Nährwerth der Nahrung durch Zugabe grösserer Menge von verbrennbaren Kohlehydraten (Malz) zu vermehren.

Dies die Begründung der Ernährung mit Malzsuppe. K. hat 33 schwer kranke Säuglinge in der Klinik mit Malzsuppe ernährt. (Folgt Demonstration der Körpergewichtscurven.)

Jeder, der die verschiedenen Perioden mit durchgemacht hat, in denen an der Breslauer Klinik Kuhmilch in verschiedenen Verdünnungen, Sahne und die verschiedenen Arten der Fettmilch zur Ernährung der kranken Säuglinge verwendet wurden, hat gewiss die Ueberzeugung, dass mit den jetzigen Erfolgen bei der Ernährung mit Malzsuppe die früheren Erfolge gar nicht zu vergleichen sind. Beim Vergleich der Ernährungserfolge in der Klinik mit denen in der Poliklinik, wie sie College Gregor demonstriren wird, sehen wir, dass die Kinder im Krankenhause, wenn ihnen eine zweckmässige Nahrung gegeben wird, ebensogut gedeihen, wie in der Einzelpflege.

Es ist Heubner ohne Weiteres zuzugeben, dass mit der Gründung von Säuglingsspitälern eine recht grosse Verantwortlichkeit verknüpft ist.

Aber wenn die Kenntnisse in der Frage der Säuglingsernährung weiter fortschreiten und auch weiter solche Erfolge, wie im letzten Jahre erreicht, und noch bessere erzielt werden, braucht man sich nicht zu scheuen, diese Verantwortlichkeit auf sich zu nehmen, zumal, wenn man berücksichtigt, wie gross das Bedürfniss nach derartigen Anstalten in jedem grösseren Gemeinwesen ist.

6. Herr **Gregor**-Breslau: **Ueber eine künstliche Ernährung kranker Säuglinge und Erfolge in der Poliklinik.**

Die Malzsuppe wurde seit 1 Jahr in der Breslauer Poliklinik in grossem Maassstabe zur Ernährung chronisch magendarmkranker Kinder verwendet. Es liegen z. Z. 74 vollkommen abgeschlossene Beobachtungen über die Resultate dieser Ernährung vor. Unter diesen Kindern starben 7 unter dem unmittelbaren Einflusse von Ernährungsstörungen, 6 an accidentellen Krankheiten, wie Encephalitis, Morbillen etc. Bei 44 Kindern wurde eine Heilung, «d. h. unter dem Einfluss der Ernährungstherapie», nicht nur eine Beseitigung der floriden Magendarmstörungen und eine erhebliche Körpergewichtszunahme erzielt, sondern es wurde auch in diesen Fällen constatirt, dass die Kinder in der späteren Zeit durch Magendarmstörungen nicht mehr erheblich geschädigt wurden und sich im Allgemeinen wie gleichaltrige normalgedeihende Brustkinder verhielten. Bei 17 anderen Säuglingen war am Ende der Beobachtung der Zustand zwar erheblich gebessert, eine vollständige Heilung in strengem Sinne konnte nicht constatirt werden, nur bei 3 Kindern konnte überhaupt kein erheblicher günstiger Einfluss der Ernährung mit Malzsuppe erzielt werden. Die hygienischen Verhältnisse, in denen die Kinder verpflegt wurden, waren sehr ungünstige. Die Erfolge waren im Sommer und Winter gleichmässig gute. Im Allgemeinen gehen die Resultate weit über dasjenige hinaus, was bisher unter ähnlichen Verhältnissen mit einer anderen Ernährung erreicht wurde. Wenn ungünstige poliklinische Ernährungsresultate in Anbetracht der vielen uncontrolirbaren Zufälle nicht unbedingt gegen die Brauchbarkeit der angewandten Nahrung sprechen, so ermöglichen überaus günstige Erfolge eine kritische Beurtheilung der eingeleiteten Ernährungstherapie insofern, als es erlaubt ist, in diesem Falle die Nahrung ohne Weiteres als eine gute zu bezeichnen und in allen jenen Fällen, wo bei anderer Nahrung nicht gleich gute Erfolge erzielt werden und wurden, anzunehmen, dass das Princip der chemischen Zusammensetzung der Ernährung ein schlechteres ist. Auf Grund des grossen Materials, welches an der Breslauer Klinik und Poliklinik bei der Ernährung mit Malzsuppe gesammelt wurde, wird darauf hingewiesen, dass bei anderwärts erzielten schlechten Resultaten bei dieser Nahrung die Schuld nicht dem Nährmittel, auch nicht den ungünstigen häuslichen Verhältnissen, sondern den sonst angewandten diätetischen Maassnahmen zur Last zu legen sind. Bei künftigen Publicationen über Ernährungserfolge wäre es wünschenswerth, nur in solchen Fällen von einer Heilung eines kranken Säuglings zu sprechen, wenn, wie dies bereits ausgeführt wurde das Kind auch später unter ungünstigen socialen Verhältnissen gesund bleibt.

Discussion: 1. Herr Heubner hat an seiner Klinik die von Keller empfohlene Mischung bis jetzt in 19 Fällen schwerer Darmerkrankungen angewandt und zwar schon bei Kindern in der ersten und zweiten Lebenswoche. H. kann auf Grund freilich bei noch nicht so lang dauernder Beobachtung sagen, dass dieses Nährmittel die bisher von ihm angewendeten sehr zahlreichen Methoden erheblich übertrifft. Die Misserfolge (mangelnde Zunahme) beziffern sich unter 8 über 3 Wochen beobachteten, schwerkranken, nicht zunehmenden Säuglingen nur auf einen. Unter den übrigen 11 kürzer beobachteten fanden sich 3 Misserfolge.

2. Herr Escherich freut sich der Empfehlung der alten Liebig'schen Suppe, die er selbst stets und gerne angewendet. Er fürchtet nur, dass die Schwierigkeiten der Herstellung und ihr Preis der allgemeinen Einführung im Wege stehen.

Schlusswort Herr Keller-Breslau: Von der Liebig'schen Suppe nach der ursprünglichen Vorschrift von Justus v. Liebig unterscheidet sich die Malzsuppe durch ihren geringeren Gehalt an Milch und Mehl und den grösseren Gehalt an Malzextract. Unter den späteren Modificationen hat vielleicht dieser oder jener Autor eine Nahrung verwendet, die in ihrer Zusammensetzung der Malzsuppe ähnlich ist, aber es sind nie Erfolge demonstrirt worden.

Die Herstellung der Suppe erfordert nur 15—20 Minuten Zeit. Jede Mutter wird gern bereit sein, für ihr krankes Kind die Zeit und Mühe aufzuwenden.

Auch K. beobachtete, ebenso wie Prof. Escherich, eine geringe laxirende Wirkung der Malzsuppe.

Schlusswort Herr Gregor: Gregor erwidert auf Anfrage von Herrn Heubner, dass in der Poliklinik 23 Kinder unter $^1/_4$ Jahr (die jüngsten 4 Wochen alt) mit gutem Erfolge ernährt wurden. Unter diese Grenze ging er nicht herab. Er empfiehlt für diese Kinder eine Malzsuppe in der Verdünnung, dass auf 750 g Suppe, 150 g Wasser kommen. Auf Anfrage von Professor Escherich bemerkt er, dass die Kinder sämmtlich chronisch magendarmkrank waren.

Herr Czerny-Breslau: Es ist eine merkwürdige Erscheinung, dass jeder von den Paediatern, wenn von Säuglingsernährung die Rede ist, so thut, als ob er dieselbe sehr gut verstehen würde, jedenfalls besser als alle Anderen. Im schrecklichen Gegensatz stehen dazu die Ernährungsresultate an allen Säuglingsspitälern. Da zeigt sich die ganze Insufficienz der bisherigen Lehren. Wenn wir nun gute Resultate auf der Klinik erzielt haben, so ist dies immerhin ermuthigend, auf diesem Wege zunächst weiterzuschreiten. Um die Zukunft der Suppe braucht uns nicht, wie Escherich meint, bange zu sein, wenn die Paediater in Zukunft nicht nur über Säuglingsernährung reden, sondern auf den Kliniken weiter arbeiten werden.

7. Herr **Rudolf Fischl**-Prag: **Zur Kenntniss der Encephalitis beim Säugling.**

Die seiner Zeit von Virchow aufgestellte und von anderen Autoren bestrittene Encephalitis interstitialis congenita ist nicht die einzige Form von Hirnentzündung beim Säugling; Vortragender hat schon früher einen Fall von gemeiner Encephalitis mit ausgedehnter Nekrose, offenbar toxischen Ursprunges, beschrieben, bei welchem ein Zusammenhang mit der von Virchow beschriebenen Affection nicht nachzuweisen war. Er hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese letzten und auch die übrigen in

diesem Alter vorkommenden Formen zu studiren und berichtet über die bisherigen Resultate. Die disseminirte Encephalitis (Virchow) ist eine echte Entzündung, denn im Bereiche der Herde ist kleinzellige Infiltration nachweisbar. Auf den so sehr in den Vordergrund gerückten Befund von Fettkörnchenzellen legt F. keinen besonderen Werth, da sie sich bei den verschiedensten Processen vorfinden und aus den differentesten Elementen hervorgehen können. Er war in der Lage, im Bereiche der Herde noch eine 3. Art von Gebilden darzustellen, die er nicht sicher zu deuten vermag, am ehesten aber als varicös entartete Nervenfasern ansprechen möchte; sie finden sich nicht in jedem Falle und nicht in allen Localisationen des Processes. Was die Beziehung der Herde zu Gefässen anbelangt, so sind dieselben manchmal ganz eclatante, indem es gelingt, halbmondförmige Anlagerungen oder ringförmige Einscheidungen der Gefässe mit Leukocyten zur Darstellung zu bringen; auch dies ist kein constanter Befund. Mikroorganismen im Bereiche der Zellinfiltrate waren nur einmal vorhanden; der Fall betraf ein septisches Kind, und die Herde präsentirten sich als metastatische Localisationen des Processes im Bereiche des Grosshirns. Doch auch für die übrigen Fälle möchte F. der septischen Infection resp. Intoxication eine wichtige Rolle zuweisen, denn sämmtliche von ihm untersuchten Kinder boten im Bereiche der übrigen Organe septische Veränderungen dar. Was die diffuse Encephalitis Virchow's betrifft, so glaubt F. nicht an ihre Existenzberechtigung; wohl aber empfiehlt sich in Fällen auffälliger Röthung der Markmasse der Hemisphären ein genaues Zellstudium zum Zwecke des Nachweises parenchymatöser Veränderungen. Er selbst war in der Lage, bei einem solchen Kinde, das intra vitam cerebrale Erscheinungen gezeigt hatte, ausgedehnte Nekrose in den Ganglienzellen nachzuweisen und räth zur weiteren Arbeit auf diesem Gebiete.

Eine eigene Form ist durch die seinerzeit publicirte Encephalitis repräsentirt, bei welcher perivasculärer Gang der Entzündung, hochgradige Zellinfiltration der Rinde und im Bereiche des Markes und der Centralganglien lediglich Nekrose sich vorfand.

Eine scharfe Trennung der einzelnen Encephalitisformen beim Säugling ist bislang nicht möglich, da mitunter ein Ineinandergreifen plastischer und degenerativer Veränderungen die Grenzen verwischt. F. hofft, im weiteren Verfolg seiner Studien auch aetiologische Aufschlüsse bringen zu können.

Zahlreiche Präparate illustriren die Ausführungen des Redners.

8. Herr **B. Bendix**-Berlin: **Ueber den Einfluss der Menstruation auf die Lactation.**

Aus der Erfahrung heraus, dass über diesen Gegenstand in der Praxis noch gewisse Unklarheiten und Vorurtheile bestehen, zugleich aus der Thatsache, dass auch die meisten Lehrbücher über Pädiatrie und Geburtshilfe dem Praktiker über diese Frage in Bezug auf das Stillen event. Weiterstillen keinen genügenden und sicheren Aufschluss geben, hat B. diesem Gegenstand seine Aufmerksamkeit zugewendet.

B.'s Untersuchungen zerfallen in 2 Theile. Der erste befasst sich mit klinischen, resp. statistischen Beobachtungen an einem Material von 140 Frauen und deren Kindern, aus der Universitäts-Kinderpoliklinik der königlichen Charité zu Berlin gewonnen, der zweite Theil umfasst chemische Analysen von 8 Frauen, welche während der Lactation menstruirten, mit 20 Einzelanalysen. Die Analysen erstrecken sich auf Eiweiss, Zucker, Fettgehalt, Asche und Trockensubstanz der Milch dieser Frauen, und zwar stets bei ein und derselben Frau angestellt, in kurzen Zwischenräumen während und vor und nach der Menstruation.

Die Details und Belege sind in Tabellen resp. in ausführlichen Beschreibungen der Einzelfunde niedergelegt.

Das Resumé der B.'schen Untersuchungen lässt sich formuliren in folgende Sätze:

1. Ein grosser Theil der Frauen, welche stillen, bekommt regelmässig ihre Menstruation (rund 60 Proc. des beobachteten Materials).

2. Der Eintritt und die regelmässige Wiederkehr der Menstruation gab nur sehr selten einen Grund zum Absetzen des Kindes. Als wichtig kommen naturgemäss nur die Fälle in Betracht, wo die Menstruation schon wenige Wochen oder in 1—2 Monaten post partum auftrat.

3. Quantitative Veränderungen in der Milch waren nur äusserst selten nachzuweisen.

Was die Qualität anbetrifft, so waren Veränderungen von Bedeutung nur für das Fett nachzuweisen. Dabei ist noch hervorzuheben, dass kleinere Veränderungen in der Zusammensetzung der Milchbestandtheile für den Säugling so gut wie ohne Belang sind, umsomehr wenn man berücksichtigt, dass die Milch an und für sich schon sogar Tagesschwankungen in ihrer Zusammensetzung aufweist.

4. Ein Einfluss auf das Befinden und den Stuhl des Kindes durch den Eintritt der Regel konnte nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen constatirt werden.

Es lautet daher die Antwort auf die Frage: «Was ist zu thun, wenn eine Mutter oder eine Amme während der Stillung ihre Periode bekommt?» — niemals abzusetzen allein auf Grund der blossen Thatsache des Auftretens der Menstruation. Selbst wenn sich sichtbare Veränderungen während der Tage der Menstruation (Verringerungen, Dünnerwerden etc.) zeigen sollten, so gleichen sich diese meist wieder aus und schädigen das Kind nicht. Kommt das Kind nicht vorwärts, so muss die Waage die Entscheidung bringen.

Bei dem Engagement einer Amme ist es von Wichtigkeit, darauf zu achten, dass dieselbe schon 6—8 Wochen post partum ist, also die Zeit hinter sich hat, in welcher für gewöhnlich zum ersten Male wieder die Regel eintritt. Ist dies Ereigniss unbeschadet einer dauernden Herabsetzung der Milchmenge vorüber gegangen, so fällt trotz der Menstruation, bei sonst annehmbaren Bedingungen, jeder Grund, die Amme nicht zu engagiren.

Dafür, dass Kinder, welche natürlich ernährt werden, durch den Eintritt der Menstruation bei der Mutter resp. Amme rachitisch werden (im Sinne Vierordt's), liegt kein Anhalt vor.

Discussion: Herr Schmid-Monnard-Halle hält es für vortheilhaft, in den Tagen der Menstruation doch etwas Beinahrung zu geben. Fällt einem irgend etwas Besonderes auf, so sei es angezeigt, mit der Waage die abgesonderte Milchmenge zu controliren.

R. Fischl-Prag bemerkt, dass in Böhmen mit seinem guten Ammenmateriale ein Einfluss des Eintritts der Periode nur dann zu constatiren ist, wenn unter dem Einfluss des Schreckens ob des Wiedereintrittes der Regel eine psychische Depression zu constatiren ist, aber seiner Erfahrung zu Folge nur in den besseren Ständen. Die Verschlechterung der Milchqualität während der Menses bei milcharmen Ammen ist wohl zum grössten Theil auf die durch den Blutverlust bedingte Wasserentziehung zurückzuführen.

Berliner Briefe.

Vegetarisches Kinderheim. — Anstellung weiblicher Aerzte. — Einheitliche Bestimmung über die Doctorpromotion.

In unserem letzten Bericht[1]) erwähnten wir ein Vermächtniss des Prof. Baron an die Stadt Berlin, welches zur Errichtung eines vegetarischen Kinderheims verwendet werden sollte. Inzwischen sind Einzelheiten über die von dem Erblasser getroffenen Bestimmungen bekannt geworden, welche die Annahme des Vermächtnisses bedenklich erscheinen lassen, nicht nur weil Waisenkinder zu vegetarischen Versuchszwecken verwendet werden sollen, sondern auch wegen der eigenthümlichen Rolle, welche den Aerzten bei der Verwaltung des vegetarischen Institutes zugewiesen wird. Prof. Baron verlangt nämlich, dass Aerzte grundsätzlich von der Verwaltung der Stiftung ausgeschlossen seien und ferner darf in Erkrankungsfällen ein Naturarzt oder, wenn ein solcher nicht zu haben sei, ein Hydrotherapeut zu Rathe gezogen werden. Ein sehr schmeichelhaftes Urtheil hatte also der verstorbene Professor der Jurisprudenz über seine Collegen von der anderen Facultät gerade nicht. Da aber glücklicher Weise die Juristen in der städtischen Verwaltung nicht dieselbe dominirende Stellung einnehmen wie in der staatlichen, so ist es zum Mindesten sehr zweifelhaft, ob die Stadtverordnetenversammlung die in dem

---

[1]) cf No. 37.

Testament ausgesprochenen Anschauungen zu den ihrigen machen wird. Eine dementsprechende Petition richtete auch der Geschäftsausschuss der «Berliner ärztlichen Standesvereine», welcher nach Ablauf der Sommerferien seine Arbeiten wieder aufgenommen hat, an den Magistrat; und nach der Stimmung zu schliessen, welche in der Stadtverordnetenversammlung zum Ausdruck kam, ist anzunehmen, dass die Stadt auf die für sie nicht gerade bedeutende Summe von einer halben Million Mark lieber verzichten, als sich den Bestimmungen des wohlthätigen Sonderlings fügen wird.

Auch mit der beabsichtigten Anstellung eines weiblichen Polizeiarztes beschäftigte sich der Geschäftsausschuss und beschloss, gegen eine solche Anstellung beim Minister des Innern Protest zu erheben. Wie die Entscheidung ausfallen wird, darüber lässt sich noch nichts Sicheres vermuthen. Aber wenn die Behörden sich ihr Urtheil aus den «mit wenig Witz und viel Behagen» vorgebrachten Eingaben der verschiedenen Gruppen von Frauenvereinigungen bilden sollen, so müssen sie den Eindruck gewinnen, als seien männliche Aerzte eine grosse Gefahr für die weibliche Moral. Nicht nur zur Schonung des Schamgefühls der Prostituirten wird ein weiblicher Arzt verlangt, auch die Volksschullehrerinnen verlangen stürmisch einen solchen. Zu Anfang dieses Jahres hatten sie sich bereits an den Magistrat von Berlin mit der Bitte gewandt, dass die im Interesse des Dienstes nothwendigen ärztlichen Untersuchungen bei den weiblichen Kranken durch einen weiblichen Arzt ausgeführt werden mögen. Darauf wurde ihnen mitgetheilt, was sie eigentlich auch ohnedies hätten wissen können, dass es in Deutschland weibliche Aerzte im Sinne des Gesetzes nicht gibt; und so blieb es denn den um ihre Moral so ängstlich besorgten Volksschullehrerinnen — denen wir doch zu ihrer eigenen Ehre dahin widersprechen müssen, dass ihre Moral wirklich nicht auf so schwachen Füssen steht, dass eine Untersuchung durch männliche Aerzte sie in's Wanken bringen könnte — nichts weiter übrig, als eine Petition an den Cultusminister zu richten, mit der Bitte, dahin zu wirken, dass in Deutschland auch weiblichen Aerzten die Möglichkeit gegeben werde, die medicinische Approbationsprüfung abzulegen. So sind denn die Acten mit dem «schätzbaren Material» zur Frage des Medicinstudiums der Frauen wieder um ein Blatt vermehrt worden.

Während in dieser Frage die Ansichten in den competenten und nicht competenten Kreisen hin- und herschwanken, ist in einer andern akademischen Frage eine für alle Betheiligten erfreuliche Klärung eingetreten. Bisher bestanden bezüglich der medicinischen Doctorpromotion fast bei jeder der deutschen Universitäten andere Bestimmungen; bei der einen konnte der Doctorgrad nur nach vorhergegangener Approbation erlangt werden, bei der andern war eine gedruckte Dissertation erforderlich, und bei keiner erhob sich Prüfung und Dissertation wesentlich über das Niveau einer blossen Form. Wer 8 Semester Medicin studirt hatte und irgend einen «interessanten Fall» beschrieb oder eine literarische Zusammenstellung machte, dem konnten «summi, qui sunt in medicina et chirurgia, honores» übertragen werden. Nunmehr hat der Cultusminister in Uebereinstimmung mit den übrigen Bundesregierungen ein gleichmässiges Verfahren bei der Ertheilung des Doctortitels für alle medicinischen Facultäten des deutschen Reiches angeregt; und zwar soll die Verleihung des Doctorgrades nicht nur allgemein an die Bedingung der bestandenen ärztlichen Approbationsprüfung geknüpft sein; sondern auch bezüglich anderer wesentlicher Punkte soll eine Uebereinstimmung an allen medicinischen Facultäten angestrebt werden. Als Normen ist dafür Folgendes in Vorschlag gebracht: Als Ausweis der wissenschaftlichen Vorbildung für Inländer das Reifezeugniss, für Ausländer ein diesem gleichwerthiges Zeugniss. Die Dissertation soll eine wissenschaftlich beachtenswerthe, zur Aufnahme in eine wissenschaftliche Zeitschrift geeignete Abhandlung sein und soll unter Angabe des Beurtheilers durch den Druck veröffentlicht werden. In der mündlichen Prüfung, welche vor mindestens 3 Mitgliedern der Facultät stattfindet, muss der Candidat nachweisen, dass er in mindestens einem Hauptfach der Medicin eingehende wissenschaftliche Studien gemacht hat und in mindestens 2 andern Hauptfächern diejenigen Kenntnisse erworben hat, welche für die Ablegung der Approbationsprüfung erforderlich sind; die letztere Bestimmung fällt jedoch weg, wenn die Approbationsprüfung bereits bestanden ist. Für Ausländer soll, wenn sie nicht in ihrer Heimat schon eine unserm Staatsexamen gleichwerthige Prüfung bestanden haben, die Doctorprüfung sich der Approbationsprüfung thunlichst nähern.

Es lässt sich nicht verkennen, dass mit diesen Bestimmungen ein guter Theil des alten Zopfes, welcher unseren Doctorpromotionen anhaftet, abgeschnitten würde. Besser freilich wäre es, wenn der Schnitt noch einige Centimeter höher geführt würde und der ganze Zopf fiele. Es ist wohl kein zwingender Grund für gesonderte Promotions- und Approbationsprüfungen vorhanden; «approbirter Arzt» und «Doctor der Medicin» können, wie dies auch in andern Ländern der Fall ist, identische Begriffe sein. K.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereines.)

Sitzung vom 11. Juli 1898.

Vorsitzender: Herr Bardenheuer; Schriftführer: Herr Mies.

Herr Steiner: Ueber Augenmigräne.

M. H.! Die Augenmigräne setzt sich, worauf der Name schon hindeutet, aus zwei Gruppen von Störungen zusammen, nämlich aus einer Augenstörung und dem einseitigen Kopfschmerz, der Migräne. Da die Augenstörungen im Vordergrunde stehen, so pflegen die Patienten zunächst den Augenarzt aufzusuchen. Indess ist die ganze Affection doch rein nervöser Natur.

Was die Augenstörungen anbetrifft, so bestehen dieselben in plötzlich im Gesichtsfelde erscheinenden hellen Lichtern und daneben auftretenden Verdunkelungen. Die Lichter pflegen an der Peripherie des Gesichtsfeldes einseitig oder auch beiderseitig in Gestalt von abwechselnd silbernen und dunklen Schlangenlinien aufzutreten, die in anderen Fällen in grosse Zickzackfiguren übergehen, deren Ränder in sämmtlichen Regenbogenfarben schillern. Die Verdunkelungen bestehen in Hemianopsien, welche fleckenweise auftreten, aber auch das halbe Gesichtsfeld einnehmen können. Diese Augenerscheinungen haben eine Dauer von einigen Minuten bis zu Stunden. Untersucht man danach das Auge, so findet man den ganzen optischen Apparat durchaus intact.

Zugleich mit den Augenerscheinungen oder bei Ablauf derselben tritt eine Migräne auf, welche von grosser Heftigkeit sein kann, die indess nach kürzerer oder längerer Dauer gleichfalls nachlässt, um einen Druck im Kopfe zu hinterlassen, der erst nach einer geschlafenen Nacht zu weichen pflegt.

Dieser Kopfschmerz kann so einfach verlaufen, wie eben geschildert; er kann aber begleitet sein von eigenthümlichen Paraesthesien der gegenüber liegenden Körperseite, welche schliesslich in eine Lähmung übergehen und auch die Sprache beeinträchtigen. Schliesslich kann es selbst zu Bewusstseinsstörungen kommen. So schwer diese Begleiterscheinungen auch sein mögen, so pflegen sie doch wieder vorüberzugehen, wie die Migräne selbst.

Die Augenmigräne kann in den verschiedensten Zeiten des Tages auftreten, nicht nur gleich am Morgen, wie die gewöhnliche Migräne, und sie betrifft Personen im besten Alter, wohl zwischen 20 und 40—50 Jahren. Männer und Frauen erkranken daran in etwa gleicher Anzahl.

Das anatomische Substrat der Erkrankung dürfte zu suchen sein in der acut auftretenden Anaemie der Hirnrinde, welche in grösserer oder geringerer Ausdehnung erfasst wird. Diese Anaemie wird ihrerseits wieder durch einen nervösen Krampf der Hirnrindengefässe hervorgerufen. Die Erkrankung ist eine functionelle.

Als Ursachen der Migräne betrachte ich erstens die hereditäre Belastung durch nervöse Erkrankungen in der Ascendenz, besonders wo wieder Migräne, Epilepsie und ähnliche Affectionen vorhanden waren. Ferner die Hysterie, endlich den Alkohol, besonders wo er im jugendlichen Alter reichlich genossen wird. Die Lues scheint keine besondere Ursache für die Augenmigräne abzugeben.

Wenn die Augenmigräne als functionelle Erkrankung relativ harmlos ist, so muss doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie ab und zu auch als Symptom einer organischen Hirn-

erkrankung auftreten kann. Ich erinnere hierbei an den Fall des berühmten Physikers Wollaston, der an einer Augenmigräne litt, als deren Ursache die Autopsie einen Hirntumor aufdeckte. Ab und zu erscheint die Augenmigräne auch als erstes Symptom der progressiven Paralyse. Die functionelle Augenmigräne erscheint als ein dankbares Object der Therapie: neben der regelmässigen antinervösen Verordnung sind Berg- oder Seeaufenthalt zu empfehlen; unter den Medicamenten Chinin und Brom.

Erörterung: Herr Mies macht Angaben über einen sehr ausgesprochenen Fall von Augenmigräne. Vor 5/4 Jahren kam der damals 39jähr. Kranke, der viel Wein und Bier zu trinken pflegte und 1891 einen Schanker hatte, in die Behandlung des Redners und erzählte, dass er 1879 den 1. Anfall gehabt habe, der mit Paraesthesien im r. Arm einherging. 1890 der 2., 1893 der 3. und einen Tag bevor der Kranke sich zum Redner begab der 4. Anfall, der folgendermaassen verlief. Zuerst sah der Kranke keine Linien im Buche mehr, dann nur den rechten oberen Theil der Gegenstände. Etwas taumelnder Gang und kalter Schweiss auf Stirn und Nacken. Paraesthesien zuerst in den l. Fingern, dann den l. Arm hinauf über die l. Schulter bis in die l. Gesichtshälfte. Schwere Zunge, lallende Sprache. Flach auf dem Boden liegend, fühlte er eisige Kälte in den Händen, behielt die Besinnung, konnte aber die Augen nicht aufschlagen und nicht sprechen. Nach kurzem Schlummer sah er liegend wieder gut, empfand aber beim Aufrichten das pelzige Gefühl jedesmal stärker. Hierauf fürchterliche Schmerzen im ganzen Kopf. Am anderen Tage folgte ein ähnlicher, aber schwächerer Anfall. Ausser ziemlich kleinem Pulse, etwas verengter und ein wenig träge reagirender l. Pupille nichts nachzuweisen, auch Augenhintergrund und Sensibilität in Ordnung. Der Kranke, der nur wenig trinken durfte und Jod- mit Bromkali erhielt, bekam 14 Tage später in der Frühe Angstgefühle, etwas Flimmern vor den Augen, und linksseitige Kopfschmerzen, die die erstgenannten Erscheinungen lange überdauerten. Arsen. Als der Kranke hiermit nach 3 Wochen aussetzte, bekam er noch einige leichte Anfälle (Flimmern vor dem r. Auge, pelziges Gefühl in den r. Fingern und einen Augenblick in der r. Hälfte der Lippen, leichte Kopfschmerzen) und blieb dann, nachdem er eine Zeit lang Arsen genommen, bis heute von Anfällen verschont. Seine Pupillen waren später gleich und reagirten gut. — Ein anderer, vom Redner mit Arsen, tonischen Pillen u. s. w. erfolgreich behandelter Kranker, der 1870 einen Schanker und vor 5 Jahren längere Zeit viel getrunken hatte, litt noch mit 57 Jahren an Augenmigräne (Zickzackfiguren vor den Augen, bis er vorübergehend nichts mehr sehen konnte, Kopfschmerzen).

Herr Pröbsting möchte unter den aetiologischen Momenten noch die allgemeine Anaemie anführen. Es sei gesagt worden, dass die Anfälle sich im späteren Alter verlieren. Bei Frauen halte er die Angabe im Allgemeinen für zutreffend, dass nach dem 45.—50. Jahre die Anfälle ausbleiben. Bei Männern sei dies aber keineswegs der Fall. Vielmehr liegen Berichte darüber vor, dass Männer aus den gelehrten Ständen ihre Anfälle auch im höheren Alter nicht verloren haben.

Herr Steiner vermuthet, dass die von Herrn Pröbsting erwähnten anaemischen Mädchen auch Hysterie gehabt hätten.

Allgemeiner Mecklenburgischer Aerzteverein.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 3. Juni 1898 in Ludwigslust.

Willemer: Erfahrungen über Schussverletzungen in Friedenszeiten.

Der Vortragende berichtet über 34 von ihm behandelte Schussverletzungen, von welchen 26 = 76 Proc. durch eigene, 8 = 24 Proc. durch fremde Hand erfolgten. Dabei handelte es sich 5 mal um Tentamen suicidii, 21 mal um unvermuthetes Losgehen geladener Gewehre, Platzen des Laufes oder um Verletzung durch Sprengpatronen. Unter den Verletzten war nur ein weibliches Wesen; mit Ausnahme einiger Duellanten gehörten alle der ländlichen Bevölkerung an, 4 = 12 Proc. standen im Alter unter 14 Jahren, 8 = 24 Proc. waren 14—20 Jahre, die übrigen 22 = 64 Proc. waren über 20 Jahre alt. Die angegebenen Veranlassungen der Verletzungen waren oft recht wunderbare, aber von Wildern war dabei merkwürdiger Weise kaum jemals die Rede.

Von den Verletzungen betrafen 14 = 40 Proc. die Hand, 3 den Arm, 6 das Bein resp. den Fuss, 3 Gesicht, Mundhöhle und Schädel, 2 Kehlkopf und Halswirbel resp. das Rückenmark, 2 die Brust- und 4 die Bauchhöhle. Es starben 5 = 15 Proc. und zwar 3 Bauchverletzte und die beiden mit Verletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarks. Bei den Bauchverletzten erfolgte der Tod meistens so rasch, dass nur bei einem von ihnen — leider erst 12 Stunden nach der Verletzung — ein operativer Eingriff, die Naht, resp. Resection der verletzten Darmschlingen vorgenommen werden konnte. Ein Fall mit Schussverletzung der Leber wurde geheilt. Die perforirenden Brustverletzungen blieben am Leben und ergaben sehr gute Resultate.

Die relativ häufigsten Verletzungen betrafen, wie angegeben, die Hand und den Arm (zusammen 17 Fälle = 50 Proc.), 2 davon betrafen den Nervus ulnaris am Oberarme. Die Handverletzungen können eher mit Maschinenverletzungen, als mit Verletzungen durch von fernher kommende Geschosse auf eine Stufe gestellt werden. Auf sie und ihre Behandlung wird näher eingegangen. Vor Allem ist dabei möglichst rasche, womöglich primäre Wundheilung zu erstreben, um die nachtheiligen Folgen langdauernder Eiterungen auch auf die nicht verletzten Theile zu verhüten. Am ersten erreicht man dieses Resultat durch sofortige, sehr genaue Anfrischung der Wunde in völlig gesundem Gewebe. Finger, an deren frischen Wiederherstellung man verzweifeln muss, können ausgeschält und ihre Haut zur Deckung verwandt werden. Bei einzelnen Fingern, besonders beim Daumen, aber ist es sehr wichtig, so viel wie nur irgend möglich zu erhalten; da wird man dann zuweilen diesem Interesse gegenüber mit der Anfrischung zurückhaltend vorgehen müssen und es ist unter Umständen recht schwierig, sich zu entscheiden, welchem Interesse man den Vorzug geben soll.

Nach Schluss des Vortrages wurden vorgestellt:

1. und 2. Fälle von Schussverletzung des Ulnaris.

3. ein Fall von Schussverletzung am Kniegelenk, bei welchem die schwer verletzte Tibia erheblich unterhalb des Niveau der Fibula resecirt worden war; Bein noch nicht ganz fest, Gehen mit Schiene möglich.

4. Fall von acuter Osteomyelitis der Tibia mit Nekrose des Schafttheiles, bei welchem jede Spur von Regeneration der Tibia fehlte. Es soll hier die Fibula in den Femur eingepflanzt werden.

5. Geheilter Fall von perforirender Schrotschussverletzung der rechten Brusthöhle.

6. Durch Operation (Incision und Drainage) geheilter Fall von Empyem des Herzbeutels.

7. (Im Anschlusse an Professor Garrè's Vortrag) ein vor 4 Wochen nach Billroth operirter Fall (Resection) von Carcinom des Pylorus und des angrenzenden Theiles der kleinen Curvatur.

Herr Garrè macht in der sich anschliessenden Discussion auf Schussverletzungen aufmerksam, die durch die sog. Dum-Dum-Kugeln erzeugt werden, das sind Projectile aus Handfeuerwaffen, welche die Engländer in den letzten indischen Grenzkriegen benutzten. Mit den modernen Mantelgeschossen, 7,7 mm, konnten sie den feindlichen Ansturm nicht brechen, indem eine grosse Zahl der Getroffenen nicht im Feuer fiel. Die englischen Soldaten wünschten sich ihre alten Bleikugeln wieder und kamen auf die Idee, die Spitze des Mantelgeschosses an Steinen abzuschleifen. Diese Geschosse hatten in der That den gewünschten Erfolg, und bald lieferte die Regierung solche «Dum-Dum»-Munition. Die damit gesetzten Verletzungen übertreffen in der That Alles, was man bisher an schauderhaften Schussverletzungen durch Handfeuerwaffen gesehen.

Herr Prof. v. Bruns in Tübingen hat Leichenversuche mit solchen Dum-Dum-Geschossen angestellt, und die Präparate am letzten Chirurgencongress mit einer Reihe wohlgelungener, von Herrn Prof. Hofmeister hergestellten Röntgenaufnahmen vorgelegt.

Dank der grossen Freundlichkeit dieser beiden Herren kann ich Ihnen hier diese Photogramme vorlegen. (Demonstration.)

Sie sehen überall ganz enorm grosse, weit klaffende Fleischwunden, Ein- und Ausschuss sind nicht mehr zu erkennen, die Gewebe sind einfach wie durch ein Explosionsgeschoss auseinandergerissen, so dass Glieder oft nur noch durch schmale Hautbrücken zusammenhängen, der Knochen in grosser Ausdehnung zerschmettert und zermalmt und der ganze oft faustgrosse Wundtrichter besäet mit feinsten Knochensplittern. Tief in den Weichtheilen sind die scharfen Splitter des zerrissenen Geschossmantels und abgespritzte Theilchen des Bleikerns eingelagert.

Die furchtbare Sprengwirkung dieser Geschosse erklärt sich in einfacher Weise durch die enorme Anfangsgeschwindigkeit des kleinkalibrigen Geschosses (über 600 m pro Secunde) bei gleichzeitiger Weichheit desselben. Beim Auftreffen auf den Körper staucht sich die weiche Bleispitze, der Mantelrest wird zersprengt, zerrissen und der freiwerdende Bleikern zerspritzt.

Herr Prof. v. Bruns hat, gestützt auf diese Thatsachen, eine Revision der Petersburger Convention vom Jahre 1868 angeregt, wonach Explosivgeschosse von weniger als 400 g im Kriege nicht verwendet werden dürfen. Die Dum-Dum-Kugeln sind ja thatsächlich keine Explosivgeschosse, aber sie erzeugen Verletzungen, die einer Explosivwirkung gleichkommen.

Herr **Garré: Beiträge zur Magenchirurgie.** (Vortrag erschien in No. 37 dieser Wochenschrift.)

Zu den zur **Demonstration ausgestellten mikroskopischen und Loupenpräparaten von Augengeschwülsten** bemerkt Herr **Axenfeld**, dass u. A. auch die neueren Forschungen über die Netzhauttumoren durch Präparate und Abbildungen illustrirt seien. Es ist zunächst ein Präparat einer geschwulstartigen Wucherung des Pigmentepithels des Corpus ciliare ausgelegt. Ob diese seltenen Epitheliome aber, wie behauptet wird, als Carcinom zu bezeichnen sind, ist für die meisten Fälle zweifelhaft, bei denen sie nach voraufgegangenen Entzündungen sich fanden und vielleicht nur eine regenerative Narbenhypertrophie darstellen.

Die neuerdings von Wintersteiner aufgestellte Auffassung des sog. «Glioma retinae» als eines «Neuroepithelioms» in dem Sinne, dass foetal in fremde Netzhautschichten verlagerte neuroepitheliale Zellen (rudimentäre Stäbchen und Zapfen) nach der Cohnheim'schen Theorie den Ausgang der Geschwulst bilden, wird durch Demonstration der im Gliom sich häufig findenden epithelialen Rosetten illustrirt. Greeff und Hertel halten dem gegenüber auf Grund der Golgi-Ramon y Cajal'schen Silbermethode an der gliomatösen Natur des Tumors fest. Die Frage lässt sich desshalb bisher nicht ganz entscheiden, weil die elective Silbermethode zwar einzelne Zellen sehr schön darstellt, dagegen kein sicheres Urtheil erlaubt, ob die Hauptmenge der Geschwulst aus solchen Gebilden besteht. Bestätigt sich jedoch der echt gliomatöse Charakter, so würde nach Ansicht des Vortragenden doch kein eigentlicher Widerspruch zwischen der Wintersteiner'schen und Greeff'schen Auffassung bestehen, da auch die Glia nach heutiger Ansicht ektodermalen (nervösen) Ursprungs ist, «Neuroepitheliom» würde die Entstehung, «Gliom» die fertige Geschwulst bezeichnen können.

Herr **Axenfeld: Ueber Retinitis albuminurica gravidarum.**

Wenn auch für Patienten in besseren socialen Verhältnissen die bekannte Regel, dass ein an Retinitis albuminurica leidender Kranker nicht über 1—2 Jahre zu leben pflegt, eine gewisse Beschränkung erleidet, indem bei einigen eine längere Zeit vergeht, so ist die prognostische Bedeutung des Netzhautleidens für das Leben im Allgemeinen doch sehr schlecht.

Dass es sich bei der Retinitis albuminurica gravidarum ganz anders verhält, ist bei dem so oft vorübergehenden Charakter des Nierenleidens nicht zu verwundern. Ebenso ist die Sehstörung weitgehend rückbildungsfähig, selbst bei Ablösung der Netzhaut, die bei andern Nierenkranken nur sub finem vitae im Stadium der allgemeinen Oedeme einzutreten pflegt.

Diese bessere Prognose hat früher die Geburtshelfer veranlasst, der Retinitis bei der Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft überhaupt keine Bedeutung beizulegen.

Das ist aber nicht gerechtfertigt; denn es kommen auch Fälle zur Beobachtung, wo das Sehvermögen dauernd schweren Schaden nimmt, gelegentlich bis zur völligen Erblindung.

Diese Möglichkeit hat andererseits eine grössere Anzahl von neueren Autoren dahin geführt, in einer Retinitis albuminurica gravidarum eine unbedingte Indication für die praemature Geburt, ja sogar den Abort zu erblicken. Eine grössere Anzahl von Geburtshelfern verfährt nach diesem Grundsatz, zumal die Aussicht auf ein lebendes Kind an sich unsicher ist.

Lassen sich nun die für das Sehen üblen Fälle von den günstigen nicht unterscheiden?

Die von Silex als ungünstig aufgefassten Einscheidungen der Netzhautgefässe sind schwierig zu beobachten und werden von manchen Autoren, z. B. Schmidt-Rimpler, als ganz unsicher bezeichnet.

Es wäre zunächst sehr erwünscht, wenn bei solchen Patientinnen sicher festgestellt würde, ob eine chronische, sich durch die Schwangerschaft nur steigernde Nephritis vorliegt, oder eine Schwangerschaftsniere. Bei der ersteren sind die Aussichten für das Kind an sich schlechter, die Unterbrechung desshalb eher statthaft; wenn schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft Retinitis mit Sehstörung eintritt, wird es sich meist um Nephritis chronica handeln. Aber auch in diesen Fällen braucht, wie Vortragender beobachtet hat, nicht immer eine schwere Sehstörung einzutreten. Man wird desshalb auch in diesen Fällen nur bei schwerer Retinitis ($S < 1/6$) eingreifen müssen, um so weniger, wenn die an sich nicht gute vitale Prognose der Nephritis chronica die Geburt eines lebenden Kindes für die Familie besonders wünschenswerth macht. Uebrigens ist nach der Erfahrung des Vortragenden die Angabe von Silex nicht ausnahmslos richtig, dass diese chronisch-nephritischen Frauen beim Hinzutreten der Retinitis ebenfalls in 1—2 Jahren sterben, wie dies für sonstige Nephritiker meist gilt; sie können erheblich länger am Leben bleiben.

Andererseits gestatten die in den späteren Monaten hervortretenden Fälle, bei denen es sich demnach um Schwangerschaftsniere zu handeln pflegt, wohl im Allgemeinen eine bessere Aussicht. Aber auch das ist keine sichere Regel, wofür besonders Silex Beispiele gebracht hat.

Andererseits gibt es zahlreiche Fälle, wo die Differentialdiagnose zwischen Nephritis chronica und Schwangerschaftsniere sich nicht sicher stellen lässt.

Es ist unter diesen Umständen nach Ansicht des Vortragenden das einzig Richtige, hier streng zu individualisiren; solange die Sehschärfe noch über $1/6$ beträgt, ist, wenn nicht die sonstigen Umstände es anders fordern, ein Zuwarten gerechtfertigt; die socialen Verhältnisse, das Allgemeinbefinden u. s. w. sind zu berücksichtigen; besonders auch die Frage, ob die Geburt eines ausgetragenen Kindes Schwierigkeiten bezüglich der Beckenweite u. s. w. bieten wird. Es sind in der Literatur eine Anzahl von Beispielen niedergelegt, bei denen unter dem Einfluss schwerer allgemeiner Blutverluste und starker Schwächezustände ein schon bestehendes Sehnerven- oder Netzhautleiden sich bis zur Erblindung steigerte. Desshalb ist auch für eine möglichst leichte Geburt in diesen Fällen zu sorgen; dasselbe gilt auch für andere Formen von Netzhautleiden und Sehnervendegenerationen.

Vortragender widerspricht der in der Literatur sich findenden Meinung, dass bei einer einmal eingetretenen Retinitis albuminurica gravidarum weitere Conceptionen möglichst verhindert werden müssten, da das Nierenleiden und die Retinitis recidivirten, letztere mit schlechter Prognose quoad visum. Es steht diese besonders von Silex vertretene Auffassung zunächst in Widerspruch zu der Darstellung der Gynäkologen, nach welcher die eigentliche Schwangerschaftsniere nicht zu recidiviren pflegt. Und dass auch bei chronischer Nephritis bei neuen Schwangerschaften und Exacerbationen der Albuminurie die Retinitis nicht wiederzukehren braucht, konnte Vortragender selbst beobachten. In einem derartigen Falle war die Nephritis so stark gewesen, dass sie zweimal zu Eklampsie und uraemischer Amaurose führte.

Man wird unter diesen Umständen nicht nach extremen Regeln schematisiren, sondern individualisiren. Wir bedürfen aber noch sehr einer Bereicherung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet, die besonders desshalb noch lückenhaft und nicht genügend umfassend sind, weil nur eine viele Jahre lang fortgesetzte Beobachtung über einen derartigen Fall volle Sicherheit gibt. Die klinische Beobachtung reicht dazu sehr oft nicht aus; vielmehr ist der Ophthalmologe hier auf die Unterstützung und weitere Beobachtung durch den praktischen Arzt durchaus angewiesen; jeder derartige, lange und sorgfältig verfolgte Fall bedeutet eine Bereicherung unserer Einsicht auf diesem praktisch wichtigen Gebiet.

Rostocker Aerzteverein.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung am 11. Juni 1898.

Vor Beginn der Tagesordnung stellt Herr **v. Chamisso** einen **Fall von Hypospadia penis** (2. Grades) bei einem 21jähr. Manne vor. Interesse bieten neben den Verhältnissen an den Genitalien besonders das verbreiterte Becken, sowie die ausserordentlich stark entwickelten Mammae.

Herr **Dörfler** demonstrirt einen ähnlichen Fall von **Hypospadia perinealis** (3. Grades) bei einem 15jährigen Jungen, der noch dadurch an Interesse gewinnt, dass der Patient bis dahin sich für ein Mädchen gehalten hat und auch als solches aufgewachsen ist; kommt zur Aufnahme, da die Eltern Zweifel an der Richtigkeit des Geschlechtes hegen.

Status praesens: B. K., 14 Jahre alt, zarter Körperbau, männlicher Typus. Genitalbefund: Scrotum durch eine Rinne in 2 Hälften vollständig getrennt. Die beiden Scrotalhälften imponiren als grosse Labien, enthalten normal entwickelte Hoden und

fassen zwischen sich den ganz nach unten verzogenen und fixirten, rudimentären Penis. Harnröhrenmündung 3 cm oberhalb des Anus. Das nach vorn gelegene Stück der Harnröhre fehlt vollständig.

Die von Herrn Prof. Garrè ausgeführte Operation erstrebte in verschiedenen Sitzungen: 1. Geraderichtung und Verlängerung des Penis; 2. Bildung einer neuen Penisharnröhre nach Duplay; 3. Vereinigung der neugebildeten Harnröhre mit der hypospadischen Harnröhrenmündung. Das Endresultat darf ein sehr gutes genannt werden. Die Genitalien haben vollständig masculines Aussehen und würden auch einem Laien Anlass zur Verwechslung nicht mehr geben.

Der Penis, gut beweglich und in normaler Lage, besitzt, abgesehen von einer kleinen Eichelhypospadie, die sich noch leicht beseitigen lässt, eine vollkommen geschlossene Harnröhre. Die Erection derselben ist eine sehr gute. Penis für das Alter des Patienten hinreichend entwickelt.

Der Patient, als schüchternes Mädchen aufgenommen, verlässt als munterer Junge die Klinik.

Es hält darauf Herr **Körner** den angekündigten Vortrag **über Caries der Gehörknöchelchen.**

Nach Erörterung der anatomischen Verhältnisse des Kuppelraumes der Paukenhöhle und eingehender Schilderung der Symptome der Gehörknöchelchencaries bespricht er die Behandlung dieser Erkrankung.

Isolirte Caries der Ossicula soll nur vom Gehörgange aus, nicht aber durch Eröffnung und Ausräumung der Mittelohrräume nach Stacke oder Zaufal behandelt werden. Durch Ausspülung der oberen Paukenhöhlenräume mit dem Paukenhöhlenröhrchen und Entfernung der aus ihnen herauswachsenden Granulationen wird oft dauernde Heilung erzielt. Diese Methode ist in allen Fällen zu versuchen, in welchen der Kranke ausser der Herabsetzung des Gehörs keine Beschwerden hat. Führen die Ausspülungen nach consequenter Durchführung während eines längeren Zeitraumes nicht zum Ziele, so wird die Frage, ob dennoch diese milde Behandlungsweise fortzusetzen ist, oder ob sie einer eingreifenderen weichen muss, abhängig gemacht von dem Grade der Hörstörung. Ist anzunehmen, dass durch die Entfernung der kranken Knöchelchen das Gehör gebessert werden kann, so sollen die Knöchelchen vom Gehörgange aus entfernt werden. Auf Besserung des Gehörs durch die Extraction ist zu hoffen, wenn eine Schädigung des schallempfindenden Apparates ausgeschlossen werden kann und das Gehör schlechter ist, als wir es bei Fällen mit ausgeräumter und gut epidermisirter Paukenhöhle finden. Auch wenn die Diagnose einer isolirten Caries der Gehörknöchelchen zweifelhaft ist, soll die Eröffnung und Ausräumung der Mittelohrräume nach Stacke oder Zaufal noch nicht vorgenommen werden, sondern es sind die kranken Knöchelchen vom Gehörgange aus zu entfernen, weil ihre Extraction, wie Schwartze mit Recht betont, «das weniger eingreifende und schonendere Verfahren ist und unter allen Umständen, auch wenn sie nicht zur Heilung führt, den Vortheil bietet, dass durch Entfernung der Ossicula die Gefahren der Eiterretention im Cavum epitympanicum vermindert werden.»

Ist das Trommelfell grösstentheils verloren und der Hammergriff auf dem Promontorium aufgewachsen, so heilen chronische Eiterungen und Epidermisanhäufungen im Kuppelraume oft überraschend schnell und dauernd, wenn man den ganz werthlos gewordenen Hammer entfernt und dadurch den eiternden Raum einfacher gestaltet und der Ausspülung zugänglicher macht.

Hat man aber Grund, das Bestehen einer Caries im Antrum mastoideum oder ein Cholesteatom daselbst neben Caries der Ossicula anzunehmen, so ist sogleich die Freilegung und Ausräumung sämmtlicher Mittelohrräume nach Zaufal indicirt.

Die Ausspülungen mit dem Paukenhöhlenröhrchen macht der Vortragende in der Regel mit abgekochtem Wasser und spült dann, ebenfalls durch das Paukenhöhlenröhrchen, mit absolutem Alkohol nach. Der Alkohol, obwohl nicht erwärmt, wird fast ohne Ausnahme gut ertragen und hat den Vortheil, dass er alles Wasser entfernt und durch schnelle Verdunstung die Höhle trocknet.

Bei der Nachbehandlung nach Entfernung der Ossicula durch den Gehörgang folgt die Alkoholspülung ebenfalls der Wasserspülung nach. Darauf wird der Gehörgang, und, wenn es weit genug ist, auch das Cavum epitympanicum mit schmalen sterilen Gazestreifen locker gefüllt und das Ohr mit einem feuchten Krüllgazeverband gedeckt. Die ersten Verbände können mehrere Tage liegen. Später wird täglich ausgespült und verbunden. Der äussere Verband wird bis zum völligen Versiegen der Eiterung beibehalten, damit nicht das Secret im Tampon trocknet und Eiterverhaltung in der Tiefe begünstigt. Auch schützt vor Allem der Verband das Ohr vor den unreinen Fingern der Kranken, die sonst, bewusst und unbewusst (im Schlafe), an und in dem kranken Ohre spielen.

Seitdem der Vortragende so, wie angegeben, verfährt, hat er viele überraschend schnelle und dauernde Heilungen gesehen. Er glaubt, dass durch eine genauere Indicationsstellung für die Behandlung und Operation der Gehörknöchelchencaries und der sie begleitenden Eiterungen in den oberen Paukenhöhlenräumen vom Gehörgange aus die eingreifenden Operationen nach Zaufal und Stacke seltener nöthig werden.

An der Discussion über den Vortrag betheiligt sich besonders Herr Barfurth, indem er auf den physiologischen Vorgang des Hörens nach unterbrochener Leitung durch die Kette der Gehörknöchelchen eingeht. Dass die Schallwellen bei der Continuitätsunterbrechung am Gelenk zwischen Ambosschenkel und Steigbügel direct auf die Fenestra ovalis übertragen werden, hat auch vergleichend anatomisches Interesse, insofern als ja die niederen Wirbelthiere, trotz Fehlens des Apparates der Gehörknöchelchen, doch hören können. Auf die Frage an den Vortragenden, ob etwa die Gehörsstörungen bei mangelhafter Leitung durch die Knöchelchen etwas Charakteristisches darböten, erwidert Herr Körner, dass dies allerdings der Fall sei und zwar, indem die musikalischen unteren Töne der Scala schlechter resp. gar nicht mehr gehört würden, wie denn auch die Wörter, welche reich an Vocalen sind, die den unteren Tönen der Scala entsprechen, wie z. B. besonders «u», ebenfalls bedeutend schlechter gehört würden als die höheren Tönen entsprechenden, wie «a» etc. Interessant ist diese Thatsache besonders auch desshalb, weil bei Störungen im Labyrinth umgekehrt die hohen Töne ausfallen.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 15. October 1898.

Wiener Aerztekammer. — Ein Centralausschuss der Kammern. — Aerztekammertag in Lemberg. — Ein Kataster der Curpfuscher in Oesterreich. — Gegen das Naturheilverfahren.

Zu Anfang dieses Monates fand die constituirende Sitzung der neugewählten II. Wiener Aerztekammer statt. Diese Constituirung wurde durch allerlei Proteste eines ärztlichen Vereins fast zwei Jahre lang verhindert und abermals legte derselbe Verein einen Protest ein, da er die Giltigkeit der letzten Wahl in diese Kammer nunmehr auch in der dritten Instanz bekämpfen wolle. Der neugewählte Kammerpräsident, Hofrath Professor Gussenbauer, lehnte diesen neuerlichen Protest mit einigen energischen Worten ab. Soweit wäre Alles in Ordnung, wir hätten wieder eine Kammer und einen Vorstand derselben; dass aber damit auch die volle Einigkeit im Stande hergestellt worden sei, wird Niemand behaupten wollen. Wer die sociale Spaltung in der Wiener Bevölkerung kennt, der wird die Gründe wissen, warum auch die Aerzte Wiens förmlich in zwei Lagern stehen, die einander heimlich (wenn es sein kann, auch offen) bekämpfen und aus ihren Positionen verdrängen wollen.

Wie gemeldet wird, bereitet man eine Petition sämmtlicher Kammern an das Ministerium des Innern und an den Reichsrath vor, worin erstrebt wird, dass zur Berathung der sämmtlichen Kammern gemeinsamen Angelegenheiten und zum directen Verkehre mit den Ministerien, endlich als oberste Berufsinstanz gegen Erkenntnisse der Ehrenräthe der verschiedenen Aerztekammern ein Centralausschuss sämmtlicher Kammern gebildet werde. Dieser möge sich aus Delegirten der einzelnen Kammern zusammensetzen, welche von diesen nach Maassgabe der Kopfzahl der in ihnen vertretenen Aerzte gewählt würden. Als Versammlungsort dieses Centralausschusses ist Wien bestimmt.

Insolange dieser Centralausschuss sämmtlicher Kammern fehlte, haben sich letztere damit geholfen, dass sie alljährlich einen Aerztekammertag abhielten und auf demselben alle ihnen gemeinsame Angelegenheiten wichtiger Natur beriethen. Der jüngste Aerztekammertag fand letzten Montag in Lemberg statt. Als charakteristisches Vorkommniss wird uns erzählt: Alle Aerzte-

kammern Oesterreichs hatten beschlossen, anlässlich des Jubiläums unseres Monarchen eine Huldigungsadresse an den Stufen des Thrones niederzulegen. Der Text dieser Adresse sollte natürlich in deutscher Sprache abgefasst sein. Dagegen opponirte aber die czechische Kammer und beantragte deren Abfassung in lateinischer Sprache, wogegen wieder die anderen Kammern deprecirten. Schon drohte diese gemeinsame Action zu scheitern, schon wollte man so vorgehen, dass jede einzelne Kammer ihre Adresse separat überreiche, da fand ein kluger Kopf in letzter Minute den Ausweg, dass die Huldigungsadresse zwar gemeinsam und mit deutschem Texte überreicht würde, dass aber jede einzelne Kammer die Adresse in ihrer Sprache signire. Es ist also Aussicht vorhanden, dass in diesem Punkte noch volle Einigkeit erzielt werden wird.

Wie sollen aber die Kammern im Stande sein, den ärztlichen Esprit de corps zu heben und die wirthschaftlichen Interessen der Aerzte zu fördern, wenn unter ihren Mitgliedern und in den Vereinigungen derselben noch Streitigkeiten hinsichtlich der Nationalität und Sprache, ja sogar der Abstammung (Arier und Semiten) herrschen? Ich berühre hier ein recht trauriges Capitel, von welchem die anderen ärztlichen Chronisten gerne ihr Haupt ganz abwenden, als ob es nicht auch politische Blätter gäbe, die in solchen Fragen offen Stellung nehmen und die Aerzte untereinander verhetzen würden.

Um wieder auf den Aerztekammertag in Lemberg zurückzukommen, so wurde daselbst auch beschlossen, dem Ministerpräsidenten ein Promemoria zu überreichen, welches sämmtliche Petita und Beschwerden der Kammern zusammengefasst enthalten möge, also die wiederholt erbetenen Aenderungen des Kammergesetzes, des Krankencassengesetzes, die energische Bekämpfung der Curpfuscherei, eine Abänderung der gerichtsärztlichen Gebühren, die Aufhebung des Berufszwanges der Aerzte u. a. m. Das Programm der ärztlichen Wünsche ist ein reiches und wir wollen hoffen, dass es an entscheidender Stelle endlich Berücksichtigung finden wird.

Interessant war auch ein Antrag der mährischen Aerztekammer. Diese hat beschlossen, und sie legte es den übrigen Kammern an's Herz, es ihr nachzumachen, einen ausführlichen Kataster aller Curpfuscher des Landes im Drucke erscheinen zu lassen. In diesem Kataster sollen enthalten sein: der Namen, der Wohnort, die sonstige Beschäftigung eines jeden Curpfuschers, die Krankheiten, welche er angeblich zumeist behandle, das Honorar, welches er verlange, der Zulauf und die Art von Patienten etc. Es wurde bei diesem Anlasse abermals auf die enorme Schädigung der Aerzte durch das Curpfuscherthum hingewiesen und diese Schädigung durch zahlreiche Beispiele illustrirt.

Wir Aerzte Wiens können leider auch davon erzählen, mehr als uns lieb ist. Da gab's neulich in Wien eine Delegirtenversammlung der Genossenschafts- und allgemeinen Arbeiterkrankencassen, in welcher ein Delegirter den Antrag stellte, in den Krankencassen das sogen. Naturheilverfahren einzuführen und einen Vertreter desselben fix zu bestellen. Ein Chefarzt einer Wiener Krankencasse nahm zu diesem Antrage energisch Stellung, nannte den hervorragenden Vertreter dieses Verfahrens, der sich hier in gewissen Kreisen eines grossen Rufes erfreut, einen Lügner und Betrüger — öffentlich, damit er ihn klagen möge — und hob auch hervor, dass diese Behandlung, ganz abgesehen davon, dass sie auch gesetzlich unzulässig sei, den Krankencassen grössere pecuniäre Lasten auferlegen würde als die seitens der Aerzte. Der Antrag fiel, es ist aber keineswegs gewiss, ob er nicht bald wieder in einer anderen Form da oder dort gestellt werden wird.

Ist es doch erst nach längerer und ganz energischer Intervention von hervorragenden Aerzten Wiens gelungen, ein riesiges Plakat und das voluminöse «Werk» des rühmlichst bekannten Curpfuschers Bilz aus unserer Jubiläumsausstellung im Prater zu entfernen! Dazu bedurfte es der persönlichen Intervention des Ministerialreferenten, der sich davon überzeugen konnte, welche Bilder in diesem «Werke» vornehmlich von unserer wissbegierigen Jugend angestaunt wurden. Einfach schmachvoll! Und das lag wochenlang zur freien Besichtigung auf!

Im ärztlichen Verein des I. Bezirkes behandelte Collega Dr. Stransky, der sich um die öffentliche Bekämpfung des sog. Naturheilverfahrens schon viele Verdienste erworben hat, wieder einmal recht eingehend dieses Thema. Z. B.: Ein Arzt wird zu einem Kranken gerufen. Er stellt die Diagnose auf Nierensteinkolik. Die Partei dankt für die Diagnose und entlohnt ihn — behandeln werde man den Kranken nach Bilz. Facit: Allgemeine Peritonitis nach energischer Massage, wohl in Folge Zerreissung der Gallenblase. Der Fall endete, wie mancher andere, natürlich letal.

Die zu Gunsten der Verbreitung des sog. Naturheilverfahrens abgehaltenen Vorträge sind, wie man mir erzählte, kolossal besucht, von 3000 und mehr Personen, Männern und Weibern, alten und jungen. Da ertönt immer wieder der Schlachtruf: «Fort mit dem Messer». Daraufhin lässt sich ein Herzog (man nennt mir den Namen Herzog Philipp von Württemberg) wegen eines Atheroms am Kopfe nicht operiren, es kommt zur Eiterung, der Patient genest ohne Messer. Dieser Fall wird natürlich gehörig ausgebeutet, öffentlich, sans gêne. Und mit solchem Gelichter führen wir Aerzte einen Krieg um unsere Existenz!

Verschiedenes.

Aerztliche Thätigkeit in Bagdad.

Wie den Aerztl. Mitth. aus und für Baden mitgetheilt wird, leidet die Stadt Bagdad (Türkei, Mittelasien) an einem empfindlichen Mangel an europäisch gebildeten Aerzten. Bei einer Einwohnerzahl von etwa 150000 Seelen und bei klimatischen Verhältnissen, welche ärztliche Hilfe in besonders hohem Grade erfordern, sind dort nur drei wissenschaftlich geprüfte und prakticirende europäische Aerzte vorhanden, die den an sie gestellten Anforderungen nur zum Theil nachzukommen vermögen. Die sonst in Bagdad vorhandenen Militär- und Civilärzte — meist Griechen, Armenier und Juden aus der Levante — haben entweder gar keine oder eine nur unvollständige Vorbildung auf europäischen Lehranstalten genossen und zum Theil auch die türkische Staatsprüfung nicht abgelegt. Sie besitzen auch im Allgemeinen nicht das Vertrauen der Bevölkerung, welche sich in ernsten Fällen stets an einen der drei mit dem Diplom einer europäischen Lehranstalt versehenen Aerzte wendet.

Zu klimatologischen und bacteriologischen Studien bietet Bagdad ein reiches Arbeitsfeld, insofern mehrere noch wenig erforschte Infectionskrankheiten, wie die sogenannte Bagdadbeule, ein typhoides Sumpffieber und vielleicht auch die Beulenpest dort endemisch sind.

Unter den dargelegten Umständen scheint es, dass sich einem tüchtigen deutschen Arzte in Bagdad günstige Aussichten bieten würden, zumal ihm auch Seitens der Provincialregierung und der Municipalität voraussichtlich mit einem Fixum bezahlte Dienste übertragen werden würden. Eine Summe von 5000 Mk. dürfte genügen, um die Kosten der Reise nach Bagdad, sowie den Unterhalt während der ersten Monate des Aufenthalts daselbst zu decken.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 18. October. Der ärztliche Bezirksverein München beschäftigte sich in seiner Sitzung vom 15. ds. mit der Berathung des Entwurfs einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns. Herr Dr. Krecke erstattete das Referat und beantragte in demselben eine Reihe wichtiger Abänderungen des Entwurfs, die auch die Billigung des Vereins fanden. Wir erwähnen von den gefassten Abänderungsbeschlüssen folgende:

In Ziff. 1 soll ausgesprochen werden, dass das religiöse, wissenschaftliche und politische Verhalten eines Arztes nicht Gegenstand einer ehrengerichtlichen Untersuchung sein kann. — Ziff. 2 (der Arzt muss auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen) wird gestrichen. — Ziff. 6. Die Worte «ausgenommen zu akademischen Lehrzwecken» werden gestrichen. — Ziff. 8 (die Bezeichnung «Specialist» ist ohne genügende Vorbildung unstatthaft. Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben) wird gestrichen. — In Ziff. 11 werden die Worte «in jeglicher Form» gestrichen. — Ziff. 14 erhält den Zusatz: «Sowie leichtfertige und objectiver Begründung mangelnde Angaben in ärztlichen Zeugnissen.» — In Ziff. 20 «herabsetzende» statt «abfällige» Kritik. — In Ziff. 21 wird der 2. Satz des Absatz 2 (Jedoch soll auch dabei ....) gestrichen. — Ziff. 23 erhält die von der oberbayerischen Aerztekammer im vor. Jahre beschlossene Fassung. — In Ziff. 24 wird das Wort «Behörden» gestrichen. — Ziff. 25 erhält die Fassung: «Als Consiliarius ist jeder Arzt zuzulassen, der auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde steht.» — Ziff. 27 erhält folgende Fassung: «Ist nur der behandelnde Arzt im Consilium erschienen, so verordnet er nach Bedarf. Ist der in's Consil gezogene allein, so kann er untersuchen und in dringenden Fällen nach Bedarf ordiniren.» — Die Ziffern 30 und 31 werden gestrichen. — Wegen vorgerückter Zeit wurde die Berathung bei Ziff. 35 vertagt.

— Die in No. 41 d. Wochenschr. mitgetheilte Annahme des Vorsitzenden des ärztl. Bezirksvereins Frankenthal, Dr. Demuth, der Entwurf einer Standesordnung für die bayerischen Aerzte werde nach seiner Berathung im erweiterten Obermedicinalrath

den Bezirksvereinen nochmals zur officiellen Berathung zugehen, wird durch eine officiöse Mittheilung für irrig erklärt. Das kgl. Staatsministerium des Innern hat Anlass genommen, durch die kgl. Regierungen die Aerztekammern entsprechend verständigen zu lassen, wobei denselben anheimgegeben wurde, diejenigen ärztlichen Bezirksvereine, welche sich mit dem Gegenstande bisher noch nicht befasst und sich zu dem Entwurfe noch nicht geäussert haben hiezu anzuregen, damit ihre Auffassungen und Anträge bei der in der zweiten Hälfte des December stattfindenden Berathung des verstärkten Obermedicinalausschusses noch zur Erörterung und Würdigung gelangen können.

— Der preussische Aerztekammerausschuss wird sich in seiner Herbstsitzung am 22. November mit der Medicinalreform beschäftigen. Derselbe Gegenstand wird am folgenden Tage von der wissenschaftlichen Deputation discutirt werden. (Berl. Ä.-Corr.)

— Die Berlin-Brandenburgische Aerztekammer hält ihre erste Sitzung nach den Ferien Mitte November ab; auf der Tagesordnung stehen: Antrag Kossmann betr. die Führung des Titels «Arzt» von im Auslande approbirten Personen; die Anstellung weiblicher Polizeiärzte (Ref. Joachim); Medicinalreform (Ref. Alexander); die Abtrennung der Medicinalabtheilung vom Cultusministerium (Ref. Schwalbe) und die Competenz des Aerztekammerausschusses (Ref. Joachim). (Berl Ä.-Corr.)

— Das preussische Cultusministerium hat auf das Gesuch der Centralcommission der Berliner Krankencassen angeordnet, dass im Institut für Infectionskrankheiten Untersuchungen von Auswurf auf Tuberkelbacillen vorgenommen werden. Die Untersuchung geschieht aber nur für Mitglieder der Krankencassen und, wenn im einzelnen Falle von dem behandelnden Cassenarzte die Untersuchung für erforderlich erachtet wird. Ueber das Ergebniss der Untersuchung wird vom Institut, das die Untersuchung unentgeltlich ausführt, dem behandelnden Arzte brieflich Auskunft gegeben. Die Einrichtung gilt zunächst als vorläufige auf Probe.

— Im Prüfungsjahr 1897/98 wurden bei den bayerischen ärztlichen Prüfungscommissionen geprüft: in München 278, in Würzburg 208 und in Erlangen 104 Candidaten der Medicin. Von diesen bestanden die Prüfung in München 198, in Würzburg 107 und in Erlangen 56, zusammen mithin 361.

— An Stelle des verstorbenen Geheimraths v. Mettenheimer-Schwerin, der als langjähriger Leiter des von ihm begründeten Friedrich Franz Hospizes zu Gr.-Müritz in Mecklenburg sich hohe Verdienste erworben hat, ist von Seiten des Berliner Vorstandes des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten Professor Martius in Rostock zum Curator ernannt worden.

— Oberst Olivier H. Payne hat der Cornwall-Universität in Ithaca im Staate New-York eine Schenkung von 5000000 Mk. zur Förderung und Hebung des medicinischen Unterrichts zugewandt.

— In der 38. Jahreswoche, vom 25. Sept. bis 1. Oct. 1898 hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Königshütte mit 41,4, die geringste Bromberg mit 11,7 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Halle und Spandau; an Unterleibstyphus in Brandenburg a. H.

— Dr. v. Ehrenwall in Ahrweiler hat einen ausführlichen Bericht über die von ihm geleitete Curanstalt für Gemüths- und Nervenkranke (Köln, J. P. Bachem 1898, Preis 3 Mk.) herausgegeben. Derselbe ist durch 23 Lichtdrucktafeln und 10 Pläne illustrirt und Jedem zu empfehlen, der sich für die Anlage und Einrichtung einer modernen Anstalt für Gemüthskranke interessirt.

(Hochschulnachrichten.) **Berlin**. Privatdocent Dr. Horstmann (Ophthalmologie) erhielt den Professortitel. Im Hörsaal des Instituts für Staatsarzneikunde wurde eine Büste Johann Ludwig Casper's aufgestellt. — **München.** An der Universität wurde ein zahnärztliches Institut errichtet. Der Privatdocent an der Universität Würzburg, Dr. Jakob Berten, wurde zum ausserordentlichen Professor für Zahnheilkunde in der medicinischen Facultät der Universität München ernannt und demselben die Vorstandschaft des zahnärztlichen Instituts übertragen.

Graz. Habilitirt: Dr. Ludwig Merk für Dermatologie und Syphilis. — **Krakau.** Habilitirt: Dr. Ludwig Switalski für Gynäkologie. — **Madrid.** Dr. A. J. y Cabañas wurde zum Professor der allgemeinen Pathologie ernannt, an Stelle des zurücktretenden Dr. Ant. A. Cortes. — **Neapel.** Habilitirt: Dr. Vincenzo de Meis für medic. Pathologie. — **Utrecht.** Dr. C. Eijkmann, Director des pathologisch-bacteriologischen Laboratoriums in Batavia, wurde zum Professor der Hygiene und gerichtlichen Medicin ernannt. — **Wien.** Habilitirt: Dr. v. Weismayr für innere Medicin, Dr. H. Ludwig für Geburtshilfe, Dr. Koschier für Laryngologie. — Die Professur für experimentelle Pathologie wurde dem Professor Knoll in Prag (nicht dem von der Facultät an erster Stelle vorgeschlagenen Professor v. Mering-Halle) übertragen

(Todesfall.) Am 12. ds. starb in München Dr. Theodor Gsell-Fels im 80. Lebensjahr. Wenn auch die wesentliche Bedeutung dieses ausserordentlich vielseitigen Mannes — er war Doctor der Philosophie, der Theologie und der Medicin — auf anderem Gebiete lag, so hat er sich doch auch in der Medicin namentlich vermöge seiner reichen klimatologischen und balneologischen Kenntnisse Verdienste erworben. Sein bekanntestes Werk in dieser Richtung sind «Die Bäder und klimatischen Curorte der Schweiz», die in mehreren Auflagen erschienen sind und weitaus die beste und erschöpfendste Darstellung der Schweizer Curorte bilden.

Correspondenz.

Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte.

Herr Dr. Schnatterer in Schlingen (Schwaben) schreibt uns:

Dieser Tage fiel mir wieder der Rechenschaftsbericht des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte pro 1897 in die Hände. Interesse halber verglich ich die Zahl der demselben angehörenden Collegen mit den Ziffern des Schematismus pro 1898. Und das Resultat, es war ein tief beschämendes. Speciell für Schwaben u. Neuburg fand ich, dass unter 285 Aerzten ganze 66 als ordentliche Mitglieder genanntem Verein angehören, 3 als ausserordentliche = ca. 23,5 Proc. Ich fand aber andererseits, dass wir schwäbischen Aerzte gegen die Gesammtärzteschaft Bayerns noch ziemlich voran sind. Denn unter 2845 Aerzten Bayernsgehören nur 451 als ordentliche und 10 als ausserordentliche, also nur 18 Proc. einem Vereine an, dessen Wirken so segensreich ist, und dessen Leistungen ja nicht Almosen sondern wohlerworbenes Recht sind.

Da drängte sich mir nun unwillkürlich die Frage auf: ist denn für die Aerzte resp. deren Angehörige so gut gesorgt, dass alle dieser Collegen es nicht nöthig haben, dem Pensionsverein sich anzuschliessen? Und da kann die Antwort nach der Gesammtlage der Aerzte nur lauten «Nein», denn sonst wären die meisten Klagen, die man heute so vielfach hört, eitel Heuchelei. So kann der Grund bei Denen, die den Beitritt nöthig hätten, nur in einem beklagenswerthen Leichtsinn liegen — dass es auch dem sehr wenig bemittelten Collegen möglich ist, die Beiträge aufzubringen, weiss ich aus Erfahrung — und bei Denen, die es eigentlich nicht nöthig haben, in Indolenz und Egoismus.

Dabei sind die Leistungen des Pensionsvereines immerhin ganz respectable und entsprechen die jährlichen Leistungen an eine Wittwe den Zinsen eines Capitals von beinahe 7000 Mk.; dass sich dieselben beträchtlich erhöhen würden, falls der Zugang ein der Zahl der Aerzte überhaupt entsprechender würde, das bedarf keines Beweises. Jedenfalls ist es nothwendig, dass, wenn wir eine Standesordnung bekommen, der Zwangsbeitritt zu einem der wohlthätigsten Vereine vorgesehen, resp. den Bezirksvereinen das Recht verliehen wird, selben zu veranlassen, dann werden wir in der Sorge für unsere und unserer Angehörigen Zukunft mindestens **einen** greifbaren Nutzen erzielt haben.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen: Dr. Rud. Hecker, Privatdocent an der Universität, appr. 1892; Dr. Theophil Hofert, appr. 1898, beide zu München. Dr. Kimpel (von Legau) in Augsburg. Dr. Hans Noder, appr. 1898, in Mindelheim. Dr. Ludwig Müller, appr. 1894, in Waischenfeld.

Verzogen: Dr. Schoener von Sinzing (Stadtamhof) nach Wiesau (Tirschenreuth). Dr. Johann Bauernfeind von Wiesau nach Auerbach (B.-A. Eschenbach) als bezirksärztl. Stellvertreter. Dr. E. Zammert von Oberstdorf nach Strassburg i. Els. für den Winter.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 40. Jahreswoche vom 2. bis 8. October 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 22 (27*), Diphtherie Croup 28 (22), Erysipelas 12 (7), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 3 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 9 (7), Parotitis epidem. 3 (—), Pneumonia crouposa 12 (10), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 22 (22), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 32 (20), Tussis convulsiva 30 (37), Typhus abdominalis 5 (4) Varicellen 2 (4), Variola, Variolois — (—). Summa 181 (165).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 40. Jahreswoche vom 2. bis 8. October 1898.

Bevölkerungszahl: 430000.

Todesursachen: Masern 2 (—*), Scharlach 3 (3), Diphtherie und Croup 1 (3), Rothlauf — (2), Kindbettfieber 2 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 8 (16), Unterleibstyphus — (1), Keuchhusten 1 (3), Croupöse Lungenentzündung — (—), Tuberculose a) der Lungen 22 (20), b) der übrigen Organe 3 (1), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (3), Unglücksfälle 1 (1), Selbstmord 1 (1), Tod durch fremde Hand — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 218 (236), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 26,4 (28,5), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,6 (12,6), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,5 (12,3).

***) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.**

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.